

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/99/2026

ATAS/236/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 mars 2026

Chambre 5

En la cause

A _____
représenté par Me Manuel MOURO, avocat

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____1968, opératrice en horlogerie employée par la société B_____ SA, s'est retrouvée dans l'incapacité de travailler en raison, notamment, de troubles à la main et d'un épisode dépressif, dès le 27 février 2023. Par courrier du 22 juin 2023, son employeur l'a licenciée, avec effet au 31 août 2023.
- b.** L'assurée a déposé une demande de prestations invalidité qui a été reçue par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) le 8 août 2023. Elle a exposé avoir été en incapacité totale de travail pour raison de maladie, du 27 février au 23 juillet 2023, puis en incapacité de 50%, du 24 juillet au 6 août 2023, puis à nouveau capable de travailler, dès le 7 août 2023. S'agissant de l'atteinte à la santé, elle a fait mention d'une atteinte au nerf d'Arnold, d'un pouce à ressaut et d'une tendinite du pouce gauche. Ses médecins traitants étaient les docteurs C_____, spécialiste en médecine générale, consulté depuis l'année 2019, et D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consulté depuis le mois d'avril 2023.
- c.** À la demande de l'OAI, la docteure E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chirurgie de la main, a complété un rapport médical daté du 22 août 2023 dans lequel elle exposait avoir opéré la patiente, le 15 décembre 2021, pour une cure de pouce à ressaut gauche, avec une excellente évolution et une reprise du travail à 100% dès le 16 février 2022, qui s'était bien passée. Elle n'avait plus vu la patiente depuis le 22 février 2022.
- d.** Afin d'examiner les possibilités de réadaptation professionnelle, l'OAI s'est adressé à B_____ SA qui lui a retourné un questionnaire daté du 24 août 2023, exposant, dans les grandes lignes, les tâches et activités de leur ancienne employée.
- e.** Selon un formulaire de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) daté du 12 octobre 2023, l'assurée s'est inscrite auprès de l'office régional de placement (ci-après : ORP), en signalant sa disponibilité à 100%, dès le 1^{er} septembre 2023.
- f.** À teneur d'une note de travail du 6 mai 2023, résumant un entretien téléphonique entre l'assurée et un gestionnaire de l'OAI, cette dernière était actuellement indemnisée à 100% par l'assurance-chômage et avait terminé des mesures d'orientation auprès des établissements pour l'intégration (ci-après : EPI) dont les conclusions étaient qu'elle était apte à 100% sur le premier marché du travail, en respectant les limitations fonctionnelles. Par ailleurs, l'assurée déclarait ne plus être suivie par son psychiatre depuis la fin de l'été 2023, mais que des examens de sa main gauche étaient prévus dans les mois à venir.

g. La division de réadaptation de l'OAI a rédigé un rapport d'évaluation du 16 janvier 2024, suite à un entretien avec l'assurée ; selon le rapport médical de la Dre E_____ du 14 décembre 2023, l'assurée était atteinte d'une ténosynovite des tendons FCR à la gouttière du pouls poignet gauche, syndrome tunnel carpien gauche et d'une cervicalgie et névrite d'Arnold. La patiente n'était pas apte à un travail répétitif avec sa main ou son poignet gauche, mais pouvait disposer d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, sans charge ni travail répétitif ; sur le plan psychiatrique, il était noté que selon le rapport médical du Dr D_____ daté du 19 novembre 2023, l'assurée souffrait d'un trouble anxieux et dépressif mixte et d'un trouble de l'adaptation, le trouble psychiatrique étant étroitement lié à la maladie somatique ; il en résultait une capacité de travail de 0% dans son activité habituelle, car cette dernière avait un impact fort sur le trouble rhumatologique. Les limitations fonctionnelles incapacitantes retenues étaient : la fatigue, l'épuisement physique, les douleurs limitant les mouvements, le manque de concentration causé partiellement par l'instabilité émotionnelle, voire l'irritabilité. En conclusion du rapport, l'OAI considérait que l'assurée était proche du premier marché du travail, car le stage avait démontré qu'elle pouvait travailler dans un environnement adapté à plein temps, sans baisse de rythme, à la condition que ses limitations fonctionnelles soient respectées, soit : éviter les tâches répétitives avec la main gauche et pouvoir alterner les positions ; l'évaluation démontrait la pertinence d'une reconversion et plusieurs pistes avaient été examinées pour une future activité.

h. À l'issue d'une nouvelle mesure, l'EPI a rendu un rapport du 30 mai 2024 dont il ressortait, en conclusion, que le stage avait mis en évidence des limitations au niveau physique, rendant tout travail de manutention et/ou répétitif, même léger, difficile. Il avait été observé que les capacités d'apprentissage étaient peu développées et que la position de travail devant un poste informatique était génératrice de douleurs, ce qui nécessitait d'abandonner l'activité ou d'alterner avec d'autres tâches. Quelques hypothèses étaient émises quant aux pistes professionnelles envisageables.

i. Dans un rapport médical du 27 juin 2024, le Dr C_____ a considéré que dans son état de santé physique actuel, l'assurée ne pouvait pas envisager une reprise d'activité professionnelle à un taux supérieur à 50% ; il n'y avait pas de contre-indication à exercer une activité professionnelle adaptée à son état physique, pour autant que la limitation de 50% soit respectée chaque jour.

j. Par décision du 5 novembre 2024, l'OCE a enjoint l'assurée de participer à une mesure destinée à faire un bilan de positionnement par rapport au marché du travail, organisé par la société F_____SA (ci-après : F_____). À l'issue du stage, F_____ a rendu un rapport de fin de mesures dont il ressortait que l'assurée était éloignée du marché de l'emploi et n'était plus en mesure de réintégrer le marché du travail en raison de sa problématique de santé limitant le port de charges, ainsi que les mouvements répétitifs. Des douleurs importantes au

niveau des cervicales, de la tête et des mains, avaient été observées, ce qui limitait l'aptitude de l'assurée à utiliser un clavier d'ordinateur, même sur de courtes périodes ; les douleurs étaient à l'origine de troubles du sommeil qui affectaient la concentration, en particulier lors de tâches exigeant une attention soutenue, et rendaient difficile le respect des horaires étendus. En conclusion, la mesure avait permis de mettre en avant que, même à un taux de 50%, les douleurs étaient trop importantes et qu'elles rendaient difficiles la définition d'un projet professionnel adapté. Néanmoins, la candidate montrait un réel intérêt pour le travail et le partage et un emploi dans un atelier protégé lui conviendrait, avec une alternative envisageable, soit un emploi de dame de compagnie qui lui permettrait de mobiliser ses compétences relationnelles, tout en respectant ses contraintes de santé.

k. Le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a rendu un rapport daté du 6 mars 2025, retenant une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle nulle dès le 27 février 2023 et une capacité de travail dans une activité adaptée de 50% dès le 24 juillet et de 100% dès le 31 juillet 2023, notamment en se fondant sur le rapport médical du Dr C_____. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de port de charges de plus de 3 kg, pas de mouvements répétitifs de la main et du poignet gauche, pas de manutention, pas de travail de précision sollicitant la motricité fine et la coordination des membres supérieurs, pas de station statique plus de trois heures, pas de marche plus de deux heures, pas de travail en porte-à-faux du tronc. Il fallait préférer une activité légère et sédentaire, autorisant une alternance des positions. D'un point de vue orthopédique, le SMR se fondait sur les rapports des médecins pour retenir les limitations fonctionnelles décrites. Il considérait que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, il était mentionné que l'assurée restait autonome dans la gestion de son quotidien et que le psychiatre attestait d'une incapacité totale dans l'activité habituelle, dès le 24 avril 2023, mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte, cependant, des limitations fonctionnelles rhumatologiques. L'orientation professionnelle aux EPI et le taux de 50% retenu était également mentionné, ainsi que le fait que les capacités d'apprentissage et l'autonomie étaient limités et que des facteurs de stress familiaux semblaient influencer négativement la reprise d'activité ; cependant, en tenant compte des atteintes de l'appareil locomoteur, indépendamment des facteurs psychosociaux défavorables, le SMR considérait médicalement justifié de retenir une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, depuis le 27 février 2023 et une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, dès le 31 juillet 2023.

l. Suite à la réception de rapports d'IRM cervical et cérébral datés respectivement, du 24 mars et du 1^{er} avril 2025, le SMR dans un avis médical du 9 septembre 2025, a considéré que les éléments médicaux ne renseignaient pas de nouveaux diagnostics ni d'aggravation d'atteintes connues.

m. Dans un calcul de comparaison des revenus du 29 septembre 2025, l'OAI s'est fondé sur les tableaux de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) pour retenir un revenu annuel brut, avec invalidité, de CHF 50'015.- et un revenu, sans invalidité, pour un plein temps de CHF 68'486.-, aboutissant à une perte de gain de CHF 18'471.-, correspondant à un pourcentage arrondi à 27%, qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

B. a. Par projet de décision du 30 septembre 2025, l'OAI s'est déterminé à l'égard de l'assurée en retenant un taux d'invalidité de 27%, en refusant une rente d'invalidité et en considérant que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.

b. Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assurée a transmis à l'OAI divers documents médicaux, soit :

- un rapport médical du docteur G_____, spécialiste en neurologie, daté du 10 avril 2025, confirmant, notamment sur la base d'examens complémentaires, les sources des douleurs ressenties par l'assuré et proposant une infiltration du nerf grand occipital droit à visée diagnostique, puis un traitement de fond pour traiter les céphalées chroniques quotidiennes, en discussion avec le psychiatre traitant ;
- un certificat médical du Dr C_____, du 20 octobre 2025, confirmant que l'assurée était atteinte d'affections médicales chroniques, responsables d'accès douloureux et de limitations fonctionnelles relatives ; cette situation clinique permettait de poursuivre une activité professionnelle à un taux de 50% moyennant qu'il s'agît d'une activité adaptée à son état de santé actuel ;
- une lettre psychiatrique du Dr D_____, du 23 octobre 2025, attestant d'un état de déstabilisation psychique avec un tableau clinique anxieux et dépressif d'une assurée qui se plaignait de douleurs chroniques. Cette dernière était connue pour une longue histoire de souffrances somatiques et pour un trouble psychiatrique récurrent ; elle se sentait fragile, fatiguée et dépressive et, du point de vue psychiatrique, en tenant compte de la problématique somatique, un retour dans le monde du travail ne pouvait être envisagé qu'après une adaptation de l'activité professionnelle à ses limitations fonctionnelles ; idéalement, elle devait bénéficier d'un taux de reprise d'une activité professionnelle de 50% ;
- un rapport médical du docteur H_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, daté du 27 octobre 2025, attestant de cervicalgies et de douleurs postérieures au niveau du crâne, chroniques, ainsi qu'une cervicarthrose sévère C5 – C6 et C6 – C7 avec une estimation de la capacité de travail dans son métier et dans les métiers équivalents de 0%. Dans une activité adaptée, le médecin considérait que la capacité était au maximum de 50%, car l'assurée devait impérativement se reposer, à cause de ses douleurs chroniques, au moins quatre à cinq heures par jour ;

c. À l'issue de la procédure d'audition, le SMR s'est prononcé sur les différents rapports médicaux reçus qu'il a résumés. Il a conclu que ces derniers n'apportaient pas d'éléments susceptibles de modifier les conclusions médicales du 6 mars 2025 qui restaient valables.

d. Par décision du 16 décembre 2025, l'OAI a intégralement confirmé le projet du 30 septembre 2025 refusant tout droit à des prestations d'invalidité.

C. a. Par courrier posté le 12 janvier 2026, l'assurée a recouru contre la décision du 16 décembre 2025 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle a conclu, implicitement, à une réforme de la décision en faisant valoir ses troubles somatiques et psychiques et en relevant qu'il n'existait pas de travail adapté à sa condition médicale.

b. Par réponse du 9 février 2026, l'OAI a considéré que les éléments apportés par la recourante ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas et a conclu au rejet du recours. L'OAI considérait que les appréciations des médecins l'emportaient sur les constatations qui pouvaient être faites à l'occasion d'un stage professionnel et que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain. Partant, l'OAI confirmait le préavis de son SMR qui retenait une capacité de travail dans une activité adaptée de 50% dès le 27 juillet et de 100% dès le 31 juillet 2023. Enfin, il était rappelé que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral dans un marché équilibré du travail, il existait un nombre significatif d'activités simples et légères qui étaient accessibles sans aucune formation particulière et représentaient des activités adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante.

c. Par courrier du 10 février 2026, le conseil de la recourante a informé la chambre de céans de sa constitution et a demandé de pouvoir compléter le recours dès qu'il aurait reçu une copie intégrale du dossier de l'OAI. Par courrier du 13 février 2026, la chambre de céans a confirmé au conseil qu'il pouvait compléter le recours de sa mandante, dans le cadre de la réplique, avec un délai échéant au 3 mars 2026.

d. Par réplique de son conseil, postée le 4 mars 2026, la recourante a considéré que la décision querellée reposait toute entière sur l'appréciation médicale du SMR, soit de la docteure I_____, spécialiste en médecine générale, laquelle prenait l'exact contre-pied de l'ensemble des médecins qui s'étaient prononcés sur son état de santé. En dépit des échecs successifs des stages de réadaptation subis et de l'avis unanime de l'ensemble des médecins qui indiquaient qu'une activité professionnelle n'était pas envisageable au-delà de 50%, le SMR retenait une capacité de travail de 100%. Le contenu des rapports médicaux transmis dans le cadre de la procédure d'audition était rappelé, notamment l'avis unanime selon lequel la capacité de travail ne dépassait pas 50%. En conclusion, il était demandé, préalablement, d'ordonner une expertise pluridisciplinaire couvrant les domaines

de la rhumatologie, de la psychiatrie et de la neurologie et au fond d'octroyer une rente entière d'invalidité à compter du 8 août 2024, sous suite de frais et dépens.

e. La réplique de la recourante a été transmise à l'OAI par courrier du 5 mars 2026 ; ce dernier n'a pas réagi.

f. La cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

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

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de prestations de l'OAI.

3.

3.1 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).

En l'occurrence, le litige porte, sur des prestations dont il n'est pas contesté que le droit serait né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3.2 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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 (art. 28 al. 1^{bis} LAI).

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

3.3 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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

3.4 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).

3.5 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^{bis} RAI).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents [OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI), rapport explicatif (après la procédure de consultation) du 3 novembre 2021 (ci-après : rapport explicatif), *ad* art. 49 al. 1^{bis}, p. 60].

3.6 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.

3.7 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).

3.8 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

3.9 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).

Le médecin du SMR n'a pas l'obligation de procéder lui-même à un examen médical sur la personne de l'assuré (*cf.* art. 49 al. 2 RAI) mais peut, selon les circonstances, fonder son avis en évaluant les éléments médicaux au dossier. Cette appréciation en l'absence d'examen n'est pas dénuée d'emblée de toute valeur probante et est soumise aux mêmes exigences en matière de preuve que les autres rapports médicaux (ATF 136 V 376 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_160/2025 du 27 octobre 2025 consid. 5.2 et la référence).

3.10 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).

4.

4.1 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).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (*cf.* art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

4.2 Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du

taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

Selon l'art. 24^{septies} RAI, 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). 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 (al. 2 let. a).

L'art. 25 RAI pose les principes de la comparaison des revenus. Selon son al. 1, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS, à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b).

Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse (art. 25 al. 2 RAI).

4.3 Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). On considère que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité lucrative lorsque le revenu qui en découle correspond approximativement à la valeur statistique médiane (OFAS, CIRAI, ch. 3408).

Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26bis al. 2 RAI).

Il y a lieu de tenir compte de la formation professionnelle ou de la situation et de l'expérience professionnelles antérieures, pour autant que l'on puisse encore raisonnablement exiger de l'assuré qu'il exerce les activités en question. Si l'activité précédente n'est plus raisonnablement exigible, il convient de déterminer le salaire statistique d'une activité qui l'est encore (OFAS, CIRAI, ch. 3412).

4.4 Il y a lieu de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils

seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

5.

5.1 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5.2 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).

6. En l'espèce, l'intimé conclut que les limitations fonctionnelles retenues n'excluent pas une activité de la recourante à 100% et que l'instruction du dossier permet de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaires s'avère inutile.

La recourante, quant à elle, s'étonne des conclusions de l'intimé et plus particulièrement de son SMR qui prennent le contre-pied de celles des médecins traitants.

La chambre de céans ne peut que manifester son étonnement à la lecture du rapport du SMR du 15 décembre 2025, qui expose tout d'abord que trois médecins estiment que la capacité de travail de la recourante est de 50% - le neurologue ne se prononçant pas sur ce point - mais qui aboutit ensuite à la conclusion que ces pièces médicales n'apportent pas d'éléments susceptibles de modifier les précédentes conclusions médicales, à savoir une entière capacité de travail dans une activité adaptée.

Non seulement la conclusion du SMR est extrêmement brève – deux lignes - et ne fait que renvoyer à un précédent rapport, mais elle est de plus en complète contradiction avec les appréciations récentes des médecins traitants.

Étant précisé que les conclusions des médecins traitants rejoignent celles de deux organisations professionnelles chargées de faire un bilan des capacités de la recourante, qui n'ont aucun lien entre elles et qui ont été mandatées, l'une par l'intimé et l'autre par l'OCE. Les EPI et F_____ sont tous deux arrivés à la conclusion que la recourante était très éloignée du marché du travail et ne disposait pas d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée.

Dépourvu de motivation et n'expliquant pas les raisons pour lesquelles le SMR ne tient pas compte des appréciations des médecins traitants, son avis médical du 15 décembre 2025 renvoyant à celui du 6 mars 2025, lui-même fondé sur des appréciations médicales datant, pour les plus récentes de l'année 2023, ne saurait être suivi.

Partant, la décision de l'intimé, qui se fonde sur l'avis médical de son SMR, sera annulée.

En effet, les appréciations concordantes de trois médecins, respectivement généraliste, rhumatologue et psychiatre, qui datent du mois d'octobre 2025 et sont par conséquent plus récentes que celles sur lesquelles s'est fondé le SMR dans son appréciation du 6 mars 2025, ne peuvent être écartées et jettent un doute insurmontable sur la fiabilité et la pertinence des constatations effectuées par le SMR en décembre 2025.

Conformément à la jurisprudence citée *supra* sous chiffre 3.8, la divergence manifeste entre l'avis du SMR et les appréciations des médecins traitants aurait dû conduire l'intimé à mandater une expertise pluridisciplinaire.

7.

7.1 Ce point étant resté non instruit, jusqu'ici, la décision sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comprenant, à tout le moins, un volet rhumatologique, un volet psychiatrique et un volet neurologique, puis qu'il prenne une nouvelle décision.

7.2 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 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 ; RFPA - RS E 5 10.03).

7.3 Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis 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 du 16 décembre 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimé, pour complément d'instruction et mise en place d'une expertise, au sens des considérants, puis nouvelle décision.
5. Alloue à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation aux 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