

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2916/2025

ATAS/283/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mars 2026

Chambre 6

En la cause

A _____

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le 22 octobre 1995, célibataire, a exercé une activité de vendeuse alimentaire pour la B_____ de 2014 au _____ 2021, date à laquelle elle a donné son congé. De 2021 à 2022, elle a effectué une formation de secrétaire médicale et d'auxiliaire de santé.
- b.** Le 3 août 2022, elle a déposé une demande de prestations d'invalidité, en mentionnant une fibromyalgie, une spondylarthrite et une fissure capsulite, présentes depuis 2020.
- c.** Elle a indiqué être suivie par les docteurs C_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante, et D_____, spécialiste en rhumatologie.
- B.** **a.** À la demande de l'OAI :
- La Dre D_____ a rempli un rapport médical le 24 août 2022, attestant de spondylarthrite indifférenciée avec atteinte axiale, depuis 2017, et de suspicion d'une fibromyalgie secondaire avec douleurs chroniques du rachis (depuis 2017), des membres inférieurs et des épaules (depuis l'été 2022). Elle n'avait pas évalué la situation sous l'angle de la capacité de travail mais il ne lui semblait pas que la capacité de travail fût limitée de manière prolongée dans l'activité actuelle d'auxiliaire de santé.
- La Dre C_____ a rendu un rapport médical le 5 septembre 2022. L'assurée était connue pour une spondylarthrite diagnostiquée en 2017 et actuellement en rémission ; elle présentait des douleurs généralisées, qui augmentaient, prédominant aux membres inférieurs, qui évoquaient le diagnostic de fibromyalgie. Elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail.
- b.** Le 16 septembre 2022, la consultation de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a attesté de douleurs diffuses chroniques, sans rhumatisme inflammatoire, notamment une spondylarthropathie, soit une syndrome douloureux chronique.
- c.** L'assurée a suivi une mesure dans le cadre de l'assurance-chômage chez E_____ (évaluation commerciale et bureautique), du 17 au 21 octobre 2022.
- d.** Le 1^{er} décembre 2022, le docteur F_____, spécialiste en neurologie, a exclu une pathologie neurologique.
- e.** Le 27 février 2023, l'assurée a communiqué des arrêts de travail signés par la Dre C_____, soit 50% dès le 18 janvier 2023 et 100% du 15 février au 15 mars 2023.
- f.** Le 27 février 2023, l'OAI a requis de la Dre D_____ qu'elle remplisse un rapport médical AI et le 7 mars 2023, celle-ci a indiqué qu'elle n'avait plus revu l'assurée depuis le 26 janvier 2022.

g. Le 12 mars 2023, la Dre C_____ a rempli un rapport médical AI. L'évolution était défavorable avec un syndrome douloureux et une fatigue chronique éventuellement liés à une infection Covid. L'assurée n'arrivait pas à travailler et présentait une grande fatigue au moindre effort et une somnolence.

h. Le 27 mars 2023, le service de rhumatologie des HUG a écrit à l'OAI que le diagnostic de fibromyalgie était incapacitant mais pas celui de spondylarthrite axiale (à la consultation du 6 septembre 2022). Il ne pouvait pas répondre à la question de la capacité de travail.

i. Le 12 mai 2023, l'OAI a sollicité des renseignements médicaux du service de rhumatologie des HUG, qu'il a reçu le 31 mai 2023.

j. Le 31 mai 2023, l'OAI a sollicité de l'assurée des renseignements complémentaires.

k. Le 3 juillet 2023, la Dre C_____ a rempli un rapport médical AI, attestant d'une incapacité de travail totale en raison d'une grande fatigabilité et d'importantes douleurs articulaires.

l. Le 30 juillet 2023, le service médical régional (ci-après : SMR) a estimé qu'une expertise rhumatologique et psychiatrique était nécessaire et le 2 août 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise médicale bidisciplinaire serait ordonnée et lui a communiqué les questions de la mission d'expertise, en lui fixant un délai de dix jours pour faire ses observations.

m. Le 8 septembre 2023, l'OAI a mandaté le G_____ (ci-après : G_____) pour effectuer l'expertise médicale bidisciplinaire.

n. Le 23 novembre 2023, l'assurée a été convoquée au G_____ pour un examen médical et le 4 décembre 2023, le G_____ (docteur H_____, spécialiste en rhumatologie, et docteure I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) a rendu son rapport d'expertise, concluant à une capacité de travail de l'assurée de 50% dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée depuis décembre 2021. L'experte psychiatre a retenu un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, incapacitant. Quant à l'expert rhumatologue, il a retenu les diagnostics de fibromyalgie et spondylarthrite, non incapacitants, sous réserve d'éviter l'exposition au froid.

o. Le 11 décembre 2023, le SMR a conclu à une aptitude à la réadaptation depuis fin 2022, pour une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle (dès le 7 février 2022) et de 70% dans une activité adaptée dès fin 2022 au plus tard. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : activité légère, sédentaire, permettant l'alternance des positions au gré de l'assurée, sans manipulations de charges lourdes de plus de 5 à 7 kg à répétition, sans exposition au froid, activité à répartir harmonieusement sur cinq jours ouvrables.

C. a. Le 12 décembre 2023, un mandat de réadaptation a été émis.

b. Le 28 février 2024, l'assurée a signé un document intitulé collaboration AI-HG, mentionnant une activité à un taux de 50% exercée en décembre 2022, pendant trois semaines.

c. Le 1^{er} mars 2024, l'assurée a été convoquée pour un entretien auprès de la division réadaptation professionnelle, entretien reconvoqué les 14 mars et 21 mars 2024 et le 5 avril 2024, la réadaptation professionnelle a rendu un rapport du premier entretien (du 21 mars 2024), proposant une mesure d'orientation auprès de J_____ SA (ci-après : J_____), d'abord à un taux de 50%, puis deux semaines plus tard à un taux de 60%, pour atteindre rapidement un taux de 70%, du 15 avril au 14 juillet 2024, laquelle a été prise en charge par l'OAI.

d. Le 22 avril 2024, J_____ a informé l'OAI que l'assurée s'intégrait très bien et montrait une grande implication, ce qui était très encourageant.

e. Le 30 avril 2024, J_____ a indiqué que l'assurée s'était très bien et très vite intégrée au sein de l'équipe de la réception ; elle respectait parfaitement le cadre, se montrait assidue et très motivée ; elle était curieuse et avide de développer ses compétences ; elle apprenait très vite et avait maîtrisé des tâches diverses en très peu de temps, réalisées avec une grande rigueur et le sens du détail.

f. Selon une note de travail MOP du 27 mai 2024, l'assurée a indiqué que depuis qu'elle était en stage à 70%, la fatigue et la douleur s'amplifiaient. À 50%, elle disait ressentir moins de fatigue avec une douleur stable, alors qu'à 60% les douleurs commençaient à dépasser la limite. Avec un certificat médical, elle pourrait poursuivre la mesure à un taux de 50%.

g. Le taux d'activité a été réduit à 50% dès le 27 mai 2024 et la Dre C_____ a attesté d'un arrêt de travail à 50% du 7 au 17 juin 2024.

h. Selon une note de travail MOP du 20 juin 2024, l'assurée a indiqué qu'à 50% elle arrivait à trouver un équilibre malgré la persistance de la douleur, alors qu'à 70%, elle ne pouvait plus rien faire en rentrant et les douleurs étaient intenses. La conseillère en réinsertion professionnelle chez J_____ a indiqué que l'assurée était très proactive le matin.

i. Le 21 juin 2024, J_____ a rendu un rapport de stage. Le « point santé » relève ce qui suit :

« Madame A_____ a suivi le planning progressif défini en début de mesure à savoir deux semaines à 50%, une semaine à 60% puis dès la semaine suivante à 70%. Elle exprime que le passage à 70% a été très intense pour elle et généré beaucoup de fatigue avec une incapacité à gérer des tâches à la maison après le travail. Elle s'est aussi beaucoup donnée à cette période où elle s'appropriait le poste toute en formant ses collègues à la réception délaissant un peu son projet professionnel.

Dès la deuxième semaine à 70%, elle a brusquement eu une crise aigüe de douleurs aux jambes (décharges électriques) avec un impact sur le sommeil et

une difficulté à se mouvoir et à se déplacer. Ces douleurs s'accompagnent de tensions nerveuses importantes et de migraines certains jours. Elle a l'impression que son état de santé s'est péjoré depuis cette crise d'autant plus qu'elle a eu un refroidissement qui augmente les douleurs et la fatigue. Nous avons donc abaissé le taux à 50% sur avis médical avec comme objectif de remonter ce taux dès que la situation de santé le permet.

Madame A_____ a beaucoup travaillé sur la gestion des douleurs ayant entrepris différentes approches thérapeutiques et connaît bien son corps. Elle essaye de ralentir, sait qu'elle ne doit pas forcer physiquement et soulage ses douleurs avec un traitement. Elle parvient à réaliser ses tâches à 50% et exprime un regain d'énergie tout en reconnaissant des difficultés à tenir le rythme, une baisse de concentration et une grande fatigue. Elle se sent beaucoup plus fatiguée l'après-midi.

Cette situation est très difficile pour Madame A_____ car elle ressent le désir d'aller de l'avant et de pouvoir développer son potentiel mais se sent freinée par son état de santé sans aucune visibilité pour la suite. Elle reste cependant très mobilisée et volontaire et nous veillerons pour la suite à aménager son temps de travail afin de lui permettre d'optimiser au mieux ses ressources ».

j. Le 18 juillet 2024, la Dre C_____ a attesté d'une capacité de travail en stage au maximum de 50%, un 70% n'était pas possible à cause de fortes douleurs dans les jambes et le dos.

k. L'OAI a prolongé la mesure d'orientation professionnelle du 15 juillet au 6 octobre 2024.

l. Le 26 août 2024, lors d'un bilan chez J_____, l'assurée a expliqué qu'elle devait impérativement faire une sieste de 3 heures dès 14h, tous les jours, même si les tâches étaient intéressantes (note de travail MOP du 26 août 2024).

m. Le 28 août 2024, la Dre C_____ a attesté d'une incapacité de travail de 40% du 26 août au 26 septembre 2024.

n. Le 4 septembre 2024, J_____ a rendu un rapport d'évaluation de stage, en relevant qu'il était proposé d'augmenter le taux d'activité à 60% dès le 28 août, avec pour objectif d'atteindre un 70% dès que possible :

« Madame A_____ est à un taux de 50% depuis le 27 mai suite à ses crises de douleurs aiguës. Elle ressent une fatigue chronique et son état de fatigue et des douleurs sont très fluctuants sans raison particulière identifiable. Les douleurs restent présentes mais se sont apaisées progressivement. Avant son départ en congé, il est prévu, sous réserve de l'accord de son médecin, d'augmenter son taux d'activité à 60%. Madame A_____ est en congé du 26 juillet au 5 août, mais tombe malade son retour et est en arrêt de travail pendant deux semaines. Elle indique avoir aujourd'hui plus de difficulté à récupérer après ces épisodes. L'augmentation du taux d'activité est donc reportée au 26 août, avec l'idée de

l'augmenter très progressivement jusqu'à 80%, se cela est possible. Madame exprime le besoin de tester à nouveau ses capacités pour évaluer ce qui est envisageable. »

o. Le 11 novembre 2024, J_____ a rendu un rapport de bilan d'orientation. L'assurée a souligné qu'un taux supérieur à 50% n'était pas en adéquation avec ses douleurs et sa fatigue (rapport, point 9).

p. Le 13 novembre 2024, J_____ a mis fin au 9 octobre 2024 au stage chez K_____ débuté le 7 octobre 2024, l'assurée y ayant renoncé. Elle était en arrêt de travail total du 10 au 24 octobre 2024 et à 40% ensuite.

q. Le 18 novembre 2024, J_____ a rendu un rapport d'évaluation de stage. Il est relevé que l'assurée possède une grande force de travail et un bon rendement malgré une fatigue et des douleurs encore très présentes.

r. L'OAI a ensuite pris en charge un reclassement professionnel du 18 novembre 2024 au 2 mars 2025, renouvelé du 3 mars au 31 mars 2025. L'assurée a ainsi débuté chez L_____ à un taux de 50%. L_____ a indiqué le 18 décembre 2024 que l'assurée effectuait un travail de qualité, était assidue, observatrice et rapide. Une augmentation du taux à 60% puis à 70% était discutée.

s. Le 28 janvier 2025, une augmentation du taux de travail avait été testée et l'assurée avait beaucoup de difficultés à l'assumer. Une évaluation des compétences et objectifs du 2 janvier 2025 mettait en lumière un excellent niveau de compétence et d'accomplissement des objectifs.

t. Une note de travail MOP du 30 janvier 2025 mentionne que lorsque l'assurée a augmenté son horaire de deux après-midi, et qu'il avait été observé moins de concentration et l'assurée s'était plainte de douleurs. Elle avait ensuite repris son taux habituel en disant qu'elle ne pouvait pas aller au-delà d'un 50%.

u. Selon une note de travail MOP du 26 février 2025, il est relevé que le représentant de L_____ a confirmé que l'assurée effectuait un horaire de 8h à 12h et que lors d'une formation interne qui durait de 9h à 13h, il avait pu observer la fatigabilité de l'assurée dès 12h, laquelle n'arrivait plus à se concentrer et à retenir les consignes.

D. a. Le 14 mars 2025, l'assurée a saisi la chambre de assurances sociales de la Cour de justice d'un recours pour déni de justice, en faisant valoir que le 4 février 2025 elle avait demandé à l'OAI une décision, sans aucun retour de sa part. L'OAI devait rendre une décision dans les meilleurs délais.

b. Le 31 mars 2025, L_____ a rendu un rapport d'accompagnement, concluant à une progression notable de l'assurée tout au long du programme et la nécessité de poursuivre une formation pratique.

c. Le 9 avril 2025, le service de réadaptation a clos le mandat de réadaptation, en considérant ce qui suit :

« Mme A_____ a les compétences pour occuper un poste d'assistante administrative, sans avoir besoin de se former dans la comptabilité ou les RH. Elle se projette dans une activité à 50% en raison de son état de santé. Les différents essais d'augmenter au-delà de 50% n'ont pas été concluants, en raison de la fatigabilité. Nous avons accepté de maintenir les mesures à 50% en précisant que l'exigibilité retenue serait à 70%, conformément à l'avis du SMR du 11 décembre 2023, et sous réserve qu'elle nous apporte de nouveaux éléments médicaux susceptibles de modifier le dernier avis du SMR ».

d. Par projet de décision du 11 avril 2025, l'OAI a refusé à l'assurée une rente d'invalidité et des mesures professionnelles. La capacité de travail était de 50% depuis le 7 février 22 dans l'activité habituelle et de 70% dès la fin 2022, dans une activité adaptée. Le degré d'invalidité était de 29%. D'autres mesures professionnelles que celles déjà octroyées n'étaient pas nécessaires, l'assurée ayant les compétences professionnelles pour travailler en tant qu'assistante auxiliaire.

e. Le 5 mai 2025, l'assurée a fait valoir qu'elle ne pouvait travailler qu'au maximum à un taux de 50%.

f. Par arrêt du 12 mai 2025 (ATAS/336/2025), la chambre de céans a rejeté le recours pour déni de justice.

g. Par arrêt du 3 juin 2025, la chambre de céans a déclaré irrecevable le recours de l'assurée, interjeté à l'encontre du projet de décision du 11 avril 2025.

h. Par décision du 18 août 2025, l'OAI a refusé à la recourante l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles.

E. a. Le 27 août 2025, l'assurée a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision de l'OAI, en faisant valoir que selon une IRM du 13 août 2025, elle présentait des atteintes structurelles qui confirmaient ses douleurs persistantes, sa fatigabilité et ses limitations fonctionnelles sévères ; par ailleurs, les stages suivis avaient démontré une capacité de travail d'au-maximum 50%. Elle a conclu à ce qu'il lui soit reconnu un droit à une rente d'invalidité partielle ou à l'ordonnance d'une expertise médicale indépendante.

Elle a joint un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 13 août 2025 et CT de la colonne cervicale du 14 août 2025, concluant à une extension discale médiane C4-C5 migrée caudalement sans sténose significative, et une protrusion médiane C3-C4 au contact médullaire sans compression, à une uncarthrose débutante C3-C4 et C4-C5 bilatérale et à des ganglions lymphatiques rétropharyngés et jugulocarotidiens d'allure réactionnelle.

b. Le 25 septembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et s'est rallié à un avis du SMR du 23 septembre 2025, selon lequel le rapport d'IRM des 13 et 14 août 2025 relevait une discopathie étagée, sans signe de compression

médullaire, ni radiculaire, de sorte qu'il n'amenait pas de nouvel élément médical objectif.

c. Le 8 octobre 2025, l'assurée a relevé que l'expertise du G_____ avait été effectuée alors qu'elle ne travaillait plus depuis une année, de sorte que ses douleurs n'avaient pas pu être correctement évaluées ; or, le résultat des stages effectués avait démontré une capacité de travail limitée à environ 50%. L'IRM des 13 et 14 août 2025 attestait d'une aggravation notable de son état. Elle demandait l'ordonnance d'une nouvelle expertise médicale.

d. Le 17 novembre 2025, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré qu'elle était capable de travailler à un taux de 50%, les matins.

e. Le 24 novembre 2025, la recourante a communiqué un rapport de L_____, attestant d'une période d'accompagnement du 28 juillet au 28 novembre 2025 et relevant que l'ensemble des objectifs fixés dans le cadre de la mesure avaient été exceptionnellement atteints, tant sur le plan professionnel que personnel. L'assurée avait su faire preuve d'un savoir-faire professionnel exemplaire, d'une forte implication dans les tâches confiées, et d'une excellente capacité d'adaptation au sein du département Ressources Humaines ; son autonomie, sa ponctualité et sa rigueur avaient été constantes. Lors d'un test sur un taux d'activité supérieur à 50%, une baisse d'énergie significative avait été observée, entraînant une diminution de la productivité. Ce facteur constituait un frein potentiel à une reprise d'activité à plein temps dans l'immédiat. Il était notamment préconisé d'envisager une reprise d'activité progressive, idéalement à un taux égal ou inférieur à 50%, afin de permettre une stabilisation durable de la performance sans risque d'épuisement. En conclusion, elle avait démontré tout au long de sa participation une forte motivation, une implication sans faille et une réelle montée en compétences. Le parcours effectué lui avait permis de valider son projet professionnel et de retrouver une dynamique d'insertion positive. Le seul point de vigilance restait le rythme de travail, à adapter pour favoriser un retour à l'emploi réussi.

f. Le 18 décembre 2025, le SMR a estimé que la baisse de productivité évoquée par L_____ n'était pas chiffrée, ni la période d'occupation à un taux supérieur à 50%. Par ailleurs, le rapport MOP du 9 avril 2025 relevait une fatigabilité qui n'avait pas d'explication médicale objective. Le SMR maintenait ses conclusions.

g. Le 5 janvier 2026, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

h. À la demande de la chambre de céans, les Drs H_____ et I_____, du G_____, ont pris connaissance des constatations faites lors des stages effectués par la recourante chez J_____ et L_____ et se sont à nouveau prononcés, le 3 mars 2026, sur la capacité de travail de celle-ci, en estimant qu'elle était finalement limitée à un taux de 50% dans une activité adaptée, voire à un taux de

60% après un examen neuropsychologique documentant plus finement la fatigue et les troubles de la concentration.

i. Le 10 mars 2026, le SMR a estimé qu'aucun élément médical objectif permettait de modifier sa précédente appréciation du cas.

j. Le 16 mars 2016, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.

EN DROIT

1.

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

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

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

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

1.3 Le 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, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 3 août 2022 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3.

3.1 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, 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).

3.2 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 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).

3.4.1 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).

3.4.2 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).

Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe (art. 25 al. 3 RAI). Les valeurs statistiques sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (art. 25 al. 4 RAI).

3.4.3 La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 2.3 et les références ; 129 V 222 ; 128 V 174).

3.4.4 Le 1^{er} janvier 2024, la modification de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI du 18 octobre 2023 (RO 2023 635) est entrée en vigueur.

Selon sa nouvelle teneur, l'art. 26^{bis} al. 3 RAI prévoit désormais qu'une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49, al. 1^{bis}, de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

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).

4.1 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].

4.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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.

4.3 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

4.4 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).

4.5 Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n. 10 p. 39).

4.5.1 En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (*cf.* ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de

l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, *in* SVR 2011 IV n. 6 p. 17 ; 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, *in* *Plädoyer* 2009/1 p. 70 ; I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, *in* *Plädoyer* 2004/3 p. 64 ; 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

4.5.2 Dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction, par exemple sous la forme d'un complément d'expertise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_713/2024 du 16 septembre 2025).

4.6 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.

5.1 En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du G_____ du 4 décembre 2023 et l'avis du SMR du 11 décembre 2023 pour retenir une capacité de travail de la recourante de 50% dans son activité habituelle depuis le 7 février 2022 et de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis fin 2022.

Il considère qu'à l'issue des mesures de réadaptation, le 1^{er} avril 2025, la recourante présente un degré d'invalidité de 29%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Quant à la recourante, elle fait valoir qu'elle ne peut exercer une activité quelle qu'elle soit, à un taux supérieur à 50%.

5.2 Interpellés par la chambre de céans, les experts du G_____ ont finalement considéré, le 3 mars 2026, après avoir pris connaissance des observations professionnelles faites lors des stages suivis par la recourante, que la capacité de

travail de celle-ci était limitée à un taux de 50% dans toute activité, voire au mieux de 60% après mise en œuvre d'un examen neuropsychologique, en fonction des conclusions de celui-ci.

5.2.1 L'intimé s'est rallié à un avis du SMR du 10 mars 2026, lequel a refusé de suivre les conclusions du complément d'expertise du G_____ du 3 mars 2026, au motif qu'aucun nouvel élément médical objectif ne permettait de modifier son appréciation.

Cet avis ne peut être suivi.

En effet, en application de la jurisprudence susmentionnée, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction, par exemple sous la forme d'un complément d'expertise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_713/2024 du 16 septembre 2025).

Or, en l'occurrence, les appréciations effectuées lors des stages suivis par la recourante ont conclu à une grande implication et assiduité de celle-ci dans son travail et à son impossibilité de l'exercer à un taux supérieur à 50%.

Un complément d'expertise était donc nécessaire pour confronter l'évaluation médicale avec les observations professionnelles.

Le complément d'expertise du G_____ du 3 mars 2026 a effectué cette analyse et conclu à une capacité de travail de 50% dans toute activité, en relevant que la recourante avait souffert d'une crise douloureuse lors de l'augmentation de sa capacité de travail à 70% chez J_____ (mai 2024) ; elle avait subi une autre crise douloureuse en octobre 2024, malgré le fait qu'elle travaillait alors à 50% ; cela montrait que le travail représentait un risque d'exacerbation douloureuse ; elle avait fait plus de crises douloureuses en 2024 (2 crises) qu'en 2023 où elle n'avait fait qu'une crise en août ; par ailleurs, elle avait manifesté des signes de fatigue avec manque de concentration lors de son stage chez L_____, lorsque son activité dépassait 50%.

Les experts ont, en particulier, retenu que le travail représentait un risque d'exacerbation douloureuse.

Cette analyse, convaincante, est probante.

Quant à la critique du SMR, elle n'est pas pertinente, car la confrontation des avis médicaux et ceux de l'observation professionnelle ne nécessite pas un élément médical nouveau pour aboutir à une conclusion différente de celle retenue initialement par les experts médicaux. Quoi qu'il en soit, un élément médical nouveau a, en l'occurrence, été relevé par les experts, soit le risque d'exacerbation douloureuse au-delà d'une activité exercée à un taux de 50%.

Enfin, s'agissant du taux de travail maximal de 60% évoqué par les experts, il ne sera pas retenu dès lors qu'il s'agit d'une situation hypothétique, soit le cas où un examen neuropsychologique serait diligenté, lequel n'est pas spécifiquement requis par les experts, qui estiment même qu'il pourrait être faussement rassurant.

5.2.2 Au demeurant, il convient de suivre les conclusions de l'expertise du G_____ et de son complément et retenir que la recourante a été incapable de travailler à un taux de 50% depuis fin décembre 2021. À cet égard, une incapacité de travail est concrètement attestée depuis le 21 janvier 2022 (expertise du G_____, p. 4), de sorte que le début de l'incapacité de travail peut être admis dès cette date.

Les mesures d'ordre professionnel se sont terminées le 1^{er} avril 2025, le stage chez L_____ ayant pris fin le 31 mars 2025. En conséquence, il convient, à l'issue de ces mesures, de calculer le degré d'invalidité de la recourante.

5.3 Les montants des revenus retenus par l'intimé n'ont pas été contestés par la recourante et peuvent être confirmés, soit, en 2025, un revenu sans invalidité de CHF 59'216.- et un revenu d'invalidité de CHF 26'711.- (revenu de CHF 66'778.-, pour un taux de travail de 50%, avec une déduction de 20%).

Le degré d'invalidité en résultant est de 55% :

$$\frac{59'216 - 26'711}{59'216} = 54,8\%$$

En conséquence, la recourante a droit, depuis le 1^{er} avril 2025, à une rente d'invalidité de 55% d'une rente entière d'invalidité.

- 6.** Le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 55% d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} avril 2025.

La recourante, qui n'est pas représenté/e en justice et qui n'a pas allégué avoir déployé des efforts dépassant la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires, n'a pas droit à des 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.
3. Annule la décision de l'intimé du 18 août 2025.
4. Dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 55% d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} avril 2025.
5. Met un émolument de CHF 200.- à charge de l'intimé.
6. 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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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