

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3654/2025

ATAS/630/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 juillet 2026

Chambre 1

En la cause

A. _____

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Amélie PIGUET MAYSTRE, présidente ; Yves MABILLARD,
Michael RUDERMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

A. **a.** A_____, dénommée A_____ (nom d'alliance) entre le 6 décembre 2013 et le 14 février 2024 (ci-après : l'assurée) est née le _____ 1988 et divorcée depuis le _____ 2023. Mère de B_____, né le _____ 2014, elle est arrivée en Suisse en juin 2004, après avoir suivi l'école obligatoire en Turquie jusqu'en 2003.

b. Titulaire d'une AFP d'assistante en coiffure obtenu à l'issue d'une formation suivie entre 2006 et 2008, elle a exercé divers métiers dès 2006 en travaillant en qualité de serveuse, femme de chambre et coiffeuse. Entre 2008 et 2014, elle a accompli plusieurs missions temporaires en tant que nettoyeuse et travaillé comme vendeuse-caissière en parallèle. Depuis 2015, son activité s'est recentrée sur la vente, l'assurée ayant occupé successivement des emplois de vendeuse-caissière dans une boulangerie, caissière en grande surface, caissière-employée de cafétéria et, entre 2022 et 2024, caissière et employée du service-client au sein d'un magasin de bricolage de l'entreprise C_____ SA, devenue D_____ SOCIÉTÉ COOPÉRATIVE (ci-après : l'employeur) à la suite d'une fusion par absorption de la première société par la seconde en novembre 2021.

c. Le 3 août 2023, l'assurée a complété et adressé une déclaration de sinistre à la CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA). Le 2 août 2023, alors qu'elle se trouvait au rayon peinture du magasin et préparait une commande pour un client, elle avait porté deux seaux de peinture de 10 l et senti « un déchirement dans [ses] épaules (plus côté gauche) ».

d. Dans un rapport du 27 décembre 2023 relatif à des imageries par résonance magnétique (ci-après : IRM) effectuées le même jour aux épaules, le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a diagnostiqué, à l'épaule gauche, une tendinopathie fissuraire du supra-épineux sans rupture transfixiante, associée à une bursite sous-acromio-delhoïdienne et, à l'épaule droite, une tendinopathie avec déchirure partielle de la coiffe des rotateurs aux dépens du supra-épineux ainsi qu'une bursite sous-acromio-delhoïdienne.

e. Par pli du 22 avril 2024, la SUVA a informé l'assurée qu'elle n'allouerait pas de prestations, l'événement du 2 août 2023 n'étant pas constitutif d'un accident. En outre, les conditions pour une prise en charge du cas à titre de lésion corporelle assimilée à un accident n'étaient pas réalisées non plus. En conséquence, l'assurée était invitée à s'adresser à son assureur-maladie.

f. Par courrier du 29 avril 2024, l'employeur a fait savoir à l'assurée qu'à la suite de son incapacité de travail de longue durée pour cause de maladie, il avait sollicité, au nom de celle-ci, le versement d'indemnités journalières de maladie auprès de SWICA, son assureur maladie perte de gain.

g. Dans un rapport du 1^{er} mai 2024, relatif à une intervention chirurgicale du même jour à l'épaule droite, le docteur F_____, spécialiste en chirurgie

orthopédique, a indiqué avoir effectué une réparation des tendons sus-épineux et sous-épineux dans le contexte d'une rupture de la coiffe des rotateurs.

h. Lors d'un « entretien téléphonique de clarification » avec SWICA, l'assurée a indiqué qu'elle avait ressenti des douleurs aux deux épaules après avoir porté des charges de 10 kg à bout de bras. Après un premier arrêt de travail jusqu'à fin août 2023, elle avait repris le travail durant deux semaines mais les douleurs à l'épaule droite s'étaient révélées trop insupportables au cours de cette reprise. Partant, son médecin lui avait prescrit un nouvel arrêt de travail à partir du 16 août 2024. En temps normal, son activité professionnelle au service client du magasin était exercée à 50%.

i. Par certificat du 7 septembre 2024, le Dr F_____ a indiqué qu'en raison d'une deuxième intervention chirurgicale, prévue le 18 septembre 2024 à l'épaule gauche, l'incapacité de travail totale de l'assurée serait encore d'environ six à neuf mois.

j. Par courrier du 16 septembre 2024, SWICA a fait observer à l'assurée qu'elle percevait des prestations d'indemnités journalières depuis le 3 août 2023. En cas d'incapacité de travail persistante comme dans le cas particulier, ces prestations devaient être considérées comme une avance sur les prestations de l'assurance-invalidité. Partant, l'assurée était invitée à s'annoncer auprès de l'office AI (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

k. Dans un rapport du 18 septembre 2024, le Dr F_____ a indiqué avoir réparé la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, l'intervention comprenant une réparation des tendons sus-épineux et sous-épineux, une ténodèse du biceps et une acromioplastie.

B. a. Le 23 octobre 2024, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI.

b. Le 11 novembre 2024, l'employeur a retourné à l'OAI un questionnaire qui lui avait été adressé par ce dernier. Il y précisait que les rapports de travail, noués le 1^{er} octobre 2022, avaient pris fin le 31 octobre 2024 à la suite de la résiliation du contrat par l'employeur. Le dernier jour de travail effectif remontait au 13 septembre 2023. L'horaire de travail normal dans l'entreprise était de 41 heures par semaine, soit 8.2 heures par jour et celui de l'assurée correspondait à 50% de cette durée, et ce depuis le 30 novembre 2022.

c. Dans un rapport du 5 décembre 2024 à l'OAI, le Dr F_____ a indiqué que la capacité de travail de l'assurée était toujours nulle à ce jour, dans les suites des opérations subies le 1^{er} mai 2024 à l'épaule droite et le 18 septembre 2024 à l'épaule gauche. Invité à dire si l'atteinte à la santé en cause empêcherait l'assurée d'exercer une autre activité professionnelle, il a répondu que cela était « à définir après guérison ». Cette réponse était valable aussi s'agissant d'une éventuelle limitation rencontrée dans l'accomplissement des tâches ménagères (tenue du

ménage, préparation des repas, nettoyage, achats, lessive, prise en charge des enfants).

d. Le 6 février 2025, l'assurée s'est rendue, à la demande de SWICA, auprès du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour y subir une expertise. Dans son rapport du 10 février 2025, ce médecin a indiqué que les ruptures de la coiffe à l'épaule droite et à l'épaule gauche constituaient des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. Les examens effectués avant les interventions n'avaient pas mis en évidence de lésion traumatique mais des lésions dégénératives sous la forme, d'une part, d'une délamination des sus-épineux sans atteinte de la musculature et, d'autre part, d'une irritation au niveau des longs chefs du biceps des deux côtés. Une fois les interventions chirurgicales effectuées, l'évolution avait été favorable à l'épaule droite, la mobilité de celle-ci s'étant révélée normale à l'examen, de même que les tests de la coiffe. En revanche, il persistait encore, à l'examen de l'épaule gauche, une limitation au niveau de la rotation ainsi que des douleurs en abduction et en élévation antérieure. La physiothérapie se poursuivait, ainsi que la prise de Tilur, par ailleurs mal supportée par l'assurée. Au niveau du rachis, la situation était « actuellement calme ».

Invité à dire quels diagnostics justifiaient actuellement l'incapacité de travail, le Dr G_____ a mentionné les omalgies avec lésion dégénérative des deux sus-épineux, l'irritation du long chef du biceps et la présence, à droite, d'une discrète arthropathie acromio-claviculaire. En revanche, le status après douleurs cervicales et lombaires était un diagnostic non incapacitant en l'absence de substrat justifiant la présence de douleurs.

Dans l'activité habituelle de vendeuse et employée du service à la clientèle avec port de charges au niveau de l'épaule gauche, l'incapacité de travail était de 100% depuis le 2 août 2023 et le resterait au moins jusqu'au 5 mai 2025. Cependant, il était probable que l'évolution soit favorable et que l'assurée recouvre une capacité de travail pleine et entière d'ici-là, soit dans un délai de trois mois à compter de l'expertise.

Dans une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant ni effort au niveau des deux épaules au-dessus de la ceinture scapulaire, ni charges dépassant 2 kg, ni mouvement répétitif en abduction/adduction des membres supérieurs, la capacité de travail était entière depuis 18 septembre 2023, cette date correspondant à un délai de six semaines à compter de l'événement du 2 août 2023.

Actuellement, l'activité habituelle n'était limitée que par le port de charges correspondant aux limitations fonctionnelles précitées.

e. Par courrier du 20 février 2025, SWICA s'est référée aux conclusions du rapport d'expertise du Dr G_____ et a fait savoir à l'assurée qu'elle s'y ralliait. Partant, les prestations d'indemnités journalières lui seraient versées jusqu'au 15 mai 2025 compris.

f. Les 28 et 31 mars 2025, l'OAI a reçu, entre autres :

- un certificat du 17 mars 2025 de la docteure H_____, spécialiste FMH en neurologie, indiquant que l'assurée présentait une migraine chronique, résistante à plusieurs traitements de fond essayés par le passé. Un anti-CGRP (*Calcitonine Gene-Related Peptide* ; peptide lié au gène de la calcitonine) avait été initié dans ce contexte. À l'avenir, l'assurée continuerait à se faire administrer ce traitement sous forme de perfusions intraveineuses au rythme d'une fois toutes les douze semaines ;
- un rapport du 23 janvier 2025 du Dr F_____, répondant à une suite de questions de SWICA. Invité à dire quels étaient les « troubles subjectifs » soulevés lors de l'examen, il a indiqué qu'il s'agissait de la capsulite rétractile de l'épaule gauche et de la tendinite de la coiffe des rotateurs à droite. Questionné sur les résultats pathologiques obtenus lors de l'examen, il a mentionné qu'il existait une « limitation des amplitudes évolutives ». S'agissant des diagnostics justifiant actuellement l'incapacité de travail, le Dr F_____ a renvoyé aux seuls troubles mentionnés dans la première question sous « troubles subjectifs » et mentionné, en outre, un status post surinfection de la cicatrice à gauche. À l'avenir, l'incapacité de travail serait à réévaluer dans l'activité habituelle (s'il n'y a « pas de conflit ») et dans une activité adaptée en fonction de la « capacité d'adaptation » de l'assurée.
- un rapport du 30 janvier 2025 du Dr E_____, relatant une échographie réalisée le même jour aux deux épaules. Les images révélaient, à droite, un pincement modéré de l'articulation acromio-claviculaire traduisant une arthropathie de surcharge ; une zone hétérogène au sein du tendon du supra-épineux, mesurant 2.1 x 12 mm d'épaisseur, pouvant traduire un remaniement fibreux ; un tendon de l'infra-épineux relativement épaissi et, enfin, un épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne avec hyperémie focalisée. À gauche, les images montraient un tendon du supra-épineux relativement aminci dans sa partie distale avec une discrète dégénérescence kystique sans rupture transfixiante ; la présence d'un épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne et, enfin, un aspect remanié du tendon de l'infra-épineux ;
- un scanner cervical du 11 janvier 2024 du Dr E_____, effectué dans les suites de l'événement du 2 août 2023 (douleurs consécutives au port de deux seaux de peintures) et concernant les espaces intersomatiques C2 à C7. Selon les conclusions de ce médecin, l'examen n'avait révélé ni hernie discale, ni luxation interfacettaire, ni tassement vertébral. En outre, les canaux radiculaires étaient symétriques et libres, et il n'y avait pas d'argument pour un canal cervical étroit ;
- un scanner lombo-sacré du 12 janvier 2024 du Dr E_____, également motivé par l'événement du 2 août 2023, révélant des disques d'épaisseur normale et

l'absence d'hernie discale dans les espaces intersomatiques L2 à L5. En revanche, l'espace intersomatique L5-S1 montrait une protrusion discale en L5-S1 sans conflit radiculaire ainsi qu'une discrète sclérose de surcharge au niveau des articulations sacro-iliaques. Pour le reste, il n'y avait pas de tassement vertébral et pas d'argument pour un canal lombaire étroit ;

- une radiographie de la colonne cervicale, dorsale et lombaire, également réalisée le 12 janvier 2024 par le Dr E_____, objectivant, entre autres, une discrète scoliose à convexité gauche au niveau de la colonne cervicale et lombaire ainsi qu'une scoliose à convexité droite à la colonne dorsale.

g. Dans un rapport du 25 avril 2025 à l'OAI, la Dre H_____ a indiqué que l'assurée présentait des migraines intenses depuis l'enfance, très fréquentes, accompagnées de photo-, phono- osmophobie, nausées et vomissements. Il existait une influence du cycle hormonal. Le status neurologique était normal. L'IRM et l'électroencéphalographie (ci-après : EEG) effectuées par le passé étaient normales. Invitée à dire quels étaient, du point de vue de sa spécialité, les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, la Dre H_____ a mentionné qu'il s'agissait des migraines chroniques « (répercussion seulement en cas de crise de migraine) ». Ces dernières affectaient les capacités fonctionnelles (troubles visuels, troubles attentionnels et vertiges) et les activités domestiques qu'elle ne pouvait pas gérer pendant les crises. Comme l'anti-CGRP (mentionné dans le rapport du 17 mars 2025) n'avait pas produit l'amélioration escomptée, le traitement avait été adapté. Livrant son pronostic relativement à cette adaptation, la Dre H_____ a indiqué qu'elle en attendait une amélioration sur le plan de la fréquence des migraines. Interrogée sur la capacité de travail de l'assurée, elle a mentionné qu'en dehors des migraines, la capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, mais qu'il convenait de tenir compte aussi des comorbidités non neurologiques.

h. Par avis du 20 juin 2025, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu à l'examen des rapports versés au dossier que les atteintes à la santé incapacitantes consistaient en omalgies sur lésions des deux sus-épineux. À cela s'ajoutaient une arthropathie acromio-claviculaire droite, une irritation du long chef du biceps avec status post cure chirurgicale, ainsi que des migraines chroniques. Compte tenu du cahier des charges de l'activité habituelle, impliquant un port de charges de 10 kg (rarement de 25 kg), le SMR a estimé que cette activité restait contre-indiquée, justifiant ainsi durablement une capacité de travail de 0% relativement à son exercice. En revanche, on pouvait retenir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (sans effort au niveau des deux épaules au-dessus de la ceinture scapulaire ni charges dépassant 2 kg, ni mouvements répétitifs en abduction/adduction des membres supérieurs, ni environnement bruyant, ni travail posté) dès le 18 septembre 2023, soit « 6 mois » (*recte* : six semaines) après l'événement traumatique, comme indiqué par l'expert, étant précisé qu'aucune « évidence » ne parlait en faveur d'une recrudescence des

migraines qui étaient connues et traitées de longue date avec des résultats non documentés. Cependant, des fluctuations de rendement de l'ordre de 10 à 20% étaient à admettre en cas de crises migraineuses.

i. Dans une note du 23 juin 2025, relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, l'OAI a retenu un statut mixte de l'assurée, correspondant à un emploi du temps se répartissant pour moitié entre l'exercice d'une activité professionnelle d'une part, et l'accomplissement des travaux habituels d'autre part. Cela s'expliquait par le fait que l'assurée travaillait en qualité de caissière à 50% depuis octobre 2022. Concernant la part professionnelle, il y avait lieu de comparer le revenu sans invalidité – en l'occurrence le revenu réalisé auprès du dernier employeur, extrapolé à 100% et actualisé à 2024, soit CHF 55'900.- – au revenu avec invalidité. Dans la mesure où l'assurée n'avait pas repris d'activité lucrative depuis l'événement du 2 août 2023, le revenu avec invalidité devait être déterminé au moyen des statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'année 2022, selon lesquelles, une femme pouvait réaliser, tous domaines confondus, un revenu mensuel médian de CHF 4'367.- dans une activité simple et répétitive exercée à raison de 40 heures par semaine. En tenant compte de la durée hebdomadaire normale de travail (41.7 heures) et de l'évolution de l'indice suisse nominal des salaires (ci-après : ISS) jusqu'en 2024, il en résultait un revenu annuel de CHF 57'021.-, plus précisément CHF 51'318.-, compte tenu de l'octroi d'une réduction forfaitaire de 10%. Après comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité de CHF 55'900.-, la perte de gain était de CHF 4'582.- et le degré d'invalidité de 8.20%, soit 4.10% une fois pondéré à 50%. En l'absence d'empêchement rencontré dans les travaux habituels, le degré d'invalidité y relatif était de 0% et le degré d'invalidité final de 4.10%.

j. Par projet de décision du 26 juin 2025, l'OAI a envisagé de n'octroyer ni rente ni mesures professionnelles à l'assurée.

k. Le 22 juillet 2025, l'assurée a contesté ce projet de décision et fait valoir qu'elle assurait seule « la prise en charge éducative [et] sociale » de son fils, âgé de 10 ans, présentant un trouble du spectre autistique depuis l'âge de 3 ans. Cette situation lui imposait un taux d'activité réduit à 50%, « non par choix personnel, mais par nécessité impérative et constante ». En outre, les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles qu'elle présentait depuis l'événement du 2 août 2023 réduisaient de façon « réelle et permanente » ses capacités à accomplir des tâches professionnelles et domestiques, de sorte que l'évaluation de son taux d'invalidité à 4.10% était inexacte.

l. Par courrier du 24 juillet 2025, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'afin d'évaluer son taux d'invalidité, il lui fallait déterminer la part du temps qu'elle consacrerait à l'exercice d'une activité lucrative, salariée ou indépendante (en plus de la tenue de son ménage) si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

m. Le 19 août 2025, l'assurée a complété le « questionnaire statut » annexé au courrier du 24 juillet 2025 en indiquant qu'elle était actuellement au chômage, ce depuis le 24 mars 2025. Avant son atteinte à la santé, elle travaillait au magasin C_____ d'I_____ en tant que caissière et employée du service client à 50%. Elle avait été licenciée pour fin octobre 2024 à la suite d'un accident de travail. Interrogée sur le point de savoir si, avant son atteinte à la santé, elle avait envisagé de modifier (augmenter ou diminuer) le taux de son activité professionnelle, l'assurée a répondu « non ». Invitée à dire – au cas où elle ne travaillait pas à 100% avant son atteinte à la santé – à quelles activités elle aurait consacré le pourcentage non travaillé, l'assurée a répondu qu'en tant que mère élevant seule un enfant autiste âgé de 10 ans, elle aurait consacré 50% de son temps au ménage et aux « tâches d'aidante », à savoir : gérer son foyer, accompagner son fils sur les plans scolaire (devoirs) et thérapeutique (soins), l'accompagner aux consultations chez le médecin, gérer ses crises sensorielles, exercer sur lui une surveillance constante, soit le mercredi après-midi, en fin de journée et pendant les vacances scolaires. Interrogée sur sa situation familiale, elle a indiqué qu'elle vivait avec son fils et qu'à cet égard, sa situation n'avait pas changé depuis son atteinte à la santé. Son fils dépendant totalement d'elle, que ce soit sur le plan financier ou personnel (« aide permanente » sous forme d'accompagnement et de soins). Concernant la situation financière et le budget du ménage, en tant que « personne non mariée » (*recte* : divorcée), elle ne pouvait pas compter sur le revenu d'un conjoint mais subvenait aux besoins du ménage au moyen des indemnités de chômage (CHF 1'751.30), des prestations complémentaires familiales (ci-après : PCFam ; CHF 2'056.-) et des allocations familiales (CHF 311.-).

n. Le 12 septembre 2025, l'OAI a reçu de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) des extraits de son dossier auprès de cette autorité, soit notamment :

- une confirmation de l'inscription de l'assurée auprès de l'assurance-chômage avec un délai-cadre d'indemnisation courant du 24 mars 2025 au 23 mars 2027, le taux d'activité recherché étant de 50% et le motif de son inscription le licenciement que l'employeur lui avait notifié pour le 31 octobre 2024 ;
- le curriculum vitae de l'assurée ;
- une copie de ses recherches d'emploi, effectuées entre mai et août 2025 ;
- une copie d'un certificat du 18 janvier 2025 du Dr F_____, attestant que la capacité de travail de l'assurée était nulle du 4 février au 8 mars 2025.

o. Par communication du 25 septembre 2025, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement en raison de son état de santé.

p. Par décision du 25 septembre 2025, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée. Son statut était celui d'une personne se consacrant à 50% à son activité professionnelle et, pour les 50% restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI lui reconnaissait une

incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle depuis le 3 août 2023 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 100% depuis le 18 septembre 2023. Dans la sphère professionnelle, la perte de gain qui découlait de son atteinte à la santé s'élevait à CHF 4'582.- (ou 8.20%). Concernant la sphère des travaux habituels, dans laquelle l'empêchement a été qualifié de nul (0%), l'OAI a expliqué que dans la « situation particulière » de l'assurée, le degré d'empêchement qu'elle rencontrait dans les travaux habituels n'avait « pas d'influence sur l'échelle de rente ». En conséquence, l'OAI n'effectuerait pas d'enquête à domicile. L'invalidité globale, de 4.10% (soit 50% x 8.20% + 50% x 0%), ne permettait pas l'octroi d'une rente. Par ailleurs, les conditions d'octroi de mesures professionnelles n'étaient pas remplies. Enfin, les éléments versés au dossier au cours de la procédure d'audition ne permettaient pas de modifier la position de l'OAI, d'ores et déjà exprimée dans le projet de décision du 26 juin 2025.

- C. a. Le 19 octobre 2025, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant en substance à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité au moins partielle, fondée sur un taux d'invalidité supérieur à 40%.

À l'appui de sa position, elle a réitéré les arguments précédemment développés dans son courrier du 22 juillet 2025 et produit, outre des rapports médicaux déjà versés au dossier :

- un certificat du 8 avril 2025 du docteur J_____, médecin généraliste, à la caisse de chômage UNIA, indiquant que l'assurée serait à nouveau pleinement apte au travail dès le 16 mai 2025, avec cependant une inaptitude de 50%, probablement durable dès cette date. Interrogé sur les activités que l'assurée pouvait encore effectuer, le Dr J_____ a indiqué qu'elle ne pouvait pas porter de charges entre 3 et 5 kg en précisant que c'était « la seule restriction ».
- un rapport de fin de mesures établi le 17 octobre 2025 par K_____ SA (ci-après : K_____) à l'attention de l'OCE, relatif à un « bilan de positionnement marché limitation de santé » effectué du 22 septembre au 17 octobre 2025. Au chapitre des « restrictions médicales et/ou limitations fonctionnelles observées », il était indiqué que l'assurée présentait plusieurs atteintes chroniques, dont une scoliose et des séquelles opératoires aux deux épaules. « Son certificat médical contre-[indiquait] le port de charges supérieures à 5 kg du côté droit à 3 kg du côté gauche ». Selon K_____, elle devait également pouvoir alterner régulièrement les positions assise et debout. Durant la mesure en effet, elle avait été intégrée à un taux de 50%, réparti sur les matinées, en raison de son rôle de proche-aidante. Malgré les aménagements mis en place (table ergonomique amovible et chaise adaptée), sa problématique de santé limitait fortement sa capacité à exercer un rôle administratif. Les douleurs – qui étaient visibles lors des changements de position (difficulté à se lever de sa chaise) – étaient accentuées par la reprise

d'activité et restreignaient sa capacité à participer pleinement à la mesure ainsi qu'aux activités demandées. De plus, elle présentait également des migraines chroniques. La rubrique « observation / évaluation », comportait, outre les critères d'évaluation usuels pertinents pour le marché du travail (capacité d'apprentissage, aptitudes relationnelles, motivation, qualité du travail, etc.), une appréciation de l'aptitude physique (persévérance et fatigabilité) avec une note de 3, correspondant à « bien » sur une échelle croissante de 1 à 5, étant relevé que l'assurée était « persévérante malgré les douleurs ». Parmi les cibles professionnelles, l'activité habituelle avait été écartée – en raison des limitations fonctionnelles médicalement attestées – mais d'autres avaient été envisagées (aide de bureau, commise administrative, réceptionniste, etc.), nécessitant toutefois un renforcement des compétences en français écrit, une formation en bureautique, etc. Cependant, les ressources nombreuses dont elle disposait étaient contrebalancées par des « freins » relevant de facteurs étrangers à l'état de santé (rôle de proche aidant, taux d'activité recherché bas, niveau de français écrit, de bureautique, etc.) et des « problématiques de santé ». En effet, une mise en situation de l'assurée sur un poste administratif avec aménagements ergonomiques avait démontré que ses limitations restaient incompatibles avec ce type d'activité. Un « accompagnement adapté » était donc nécessaire.

b. Par réponse du 18 novembre 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours en faisant valoir que rien ne permettait de remettre en cause l'appréciation médicale sur laquelle se fondait la décision contestée. En ce qui concernait le statut de la recourante, celle-ci indiquait principalement que son emploi à 50% était dû aux besoins de son fils atteint d'autisme. En outre, l'extrait de son compte individuel (ci-après : CI), faisait apparaître des revenus qui ne semblaient pas correspondre à une activité à plein temps, et ce même avant que la recourante ne devienne mère. En tout état de cause, même à retenir un statut d'actif, le calcul de la perte de gain était insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

c. Le 1^{er} décembre 2025, la recourante a répliqué et produit :

- une attestation du 27 novembre 2025 de la Dre H_____, indiquant que la recourante présentait des migraines depuis l'enfance, se manifestant par des céphalées très intenses, pulsatiles, accompagnées de photo-phono-osmophobie, allodynie du cuir chevelu, nausées, vomissements, troubles visuels (type vision floue) ainsi que des vertiges. Ces migraines étaient résistantes à de multiples traitements de fond essayés : bêtabloquants, antagonistes calciques, lamotrigine, amitriptyline, anti-CGRP (Vyepi, Aquipta). La recourante en gardait malheureusement une haute fréquence des crises (quatre par semaine) d'une intensité estimée à 7/10. Les céphalées et les symptômes associés engendraient une limitation fonctionnelle sur le plan neuropsychologique (troubles attentionnels pouvant occasionner des difficultés pour retenir de nouvelles informations et fatigabilité), ce qui

affectait sa capacité à gérer ses activités quotidiennes, domestiques et professionnelles ;

- une attestation établie le 26 novembre 2025 par le Dr J_____, certifiant que l'assurée présentait des douleurs lombaires dues à deux hernies discales en L4-L5 et L5-S1 avec difficultés à rester assise plus d'une heure sans alterner cette position un petit moment avec la station debout. Elle présentait en outre une scoliose dorsale et une cervicalgie constante malgré une infiltration pratiquée. De plus, malgré les interventions réparatrices effectuées à la suite d'une rupture bilatérale de la coiffe des rotateurs, associée à une arthropathie acromio-claviculaire bilatérale, elle restait incapable de porter, bras tendus, plus de 5 kg à droite et plus de 2 kg à gauche. Au total, la recourante était actuellement « en incapacité totale de travailler à plus de 50% » ;
- un certificat, non daté, par lequel le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a certifié que l'état de santé de la recourante présentait une aggravation depuis l'expertise du « 23.01.25 » (*recte* : 6 février 2025). Elle présentait des omalgies bilatérales invalidantes avec une limite de port de charges inférieure ou égale à 5 kg au bras droit, respectivement inférieure ou égale à 2 kg au bras gauche. À cela s'ajoutait une névralgie cervico-brachiale bilatérale, une lombalgie basse L4-L5 et L5-S1 avec une scoliose. Son incapacité de travail était estimée à plus de 50% et nécessitait un travail adapté ;
- un certificat du 25 novembre 2025 de la docteure M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, indiquant que B_____ présentait un trouble du spectre autistique (TSA) et un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Ces deux troubles faisaient qu'il nécessitait, depuis son plus jeune âge, un investissement important de la part de ses parents sur le plan éducatif, par exemple pour l'emmener aux différentes thérapies nécessaires à son bon développement. Comme par le passé, cette charge était accomplie, à ce jour, presque exclusivement par la recourante qui disposait de la garde de B_____. Le père de ce dernier s'occupait de lui uniquement les week-ends et la moitié des vacances d'été.

d. Par envoi du 8 janvier 2026, l'intimé a versé au dossier un avis du SMR du 5 janvier 2026 en précisant qu'il s'y ralliait.

Dans ce dernier avis, le SMR a indiqué en substance que la Dre H_____, dont la première consultation avec la recourante remontait au 24 janvier 2025, n'avait pas transmis, entre autres, l'agenda des crises, la liste des traitements de fond essayés par les précédents médecins, une anamnèse détaillée de la migraine connue depuis l'enfance « (d'abord épisodique, ensuite chronique ?) » etc. Dans son attestation du 27 novembre 2025, elle relatait certes quatre crises par semaine résiduelles. Toutefois, la durée typique de chaque crise n'était pas connue « (une demi-heure à la suite de la prise précoce d'un traitement symptomatique ? 3 jours ?) » et ne

renseignait pas non plus sur la stratégie thérapeutique « (la posologie du Vyepti a été augmentée ? Sa patiente est considérée réfractaire au traitement anti-CGRP ou bien une réponse partielle a été retenue ?) ». De plus, la Dre H_____ indiquait dans son précédent rapport, du 25 avril 2025, que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée en dehors des migraines. Or, ce temps en dehors des migraines n'avait été précisé ni dans le rapport du 25 avril 2025 ni dans l'attestations du 27 novembre 2025, puisque les éléments précités n'avaient pas été « énucléés » (*recte* : « élucidés », plus probablement). Sur le plan orthopédique, l'expert G_____ avait retenu que le status après douleurs cervicales et lombaires, sans substrat justifiant la présence de douleurs, était un diagnostic sans effet sur la capacité de travail. Ainsi, en tant que l'attestation du 26 novembre 2025 du Dr J_____ et le certificat non daté du Dr L_____ retenaient une incapacité de travail de plus de 50% notamment en lien avec des cervicalgies et lombalgies basses L4-L5 et L5-S1, sans toutefois apporter de nouveaux éléments cliniques et/ou radiologiques pour la période examinée, ces deux médecins effectuaient une appréciation différente d'un même état de fait déjà soumis à l'expert. Quant à l'attestation du 25 novembre 2025 concernant B_____, le SMR en déduisait que l'atteinte à la santé de l'enfant était susceptible d'avoir un effet défavorable sur les ressources de la recourante. Force était toutefois de constater qu'aucun des médecins l'ayant examinée n'avait « formulé cette évaluation de façon pondérée ». En conséquence, l'avis du SMR du 20 juin 2025 restait d'actualité.

e. Par envoi spontané du 25 janvier 2026, la recourante a reproché essentiellement à l'intimé une appréciation fragmentée des éléments (migraines chroniques, atteintes orthopédiques, limitations fonctionnelles et charges familiales) alors que de son point de vue, c'était l'interaction permanente de ceux-ci qui affectait durablement sa capacité fonctionnelle.

Elle a produit en outre un journal de ses migraines sur la période de juin à octobre 2025, comprenant plusieurs rubriques complétées de jour en jour (heure, intensité des maux de tête, durée, etc.).

f. Le 26 janvier 2026, une copie de ce courrier a été transmise, pour information, à l'intimé.

g. Les autres faits 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 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.

La procédure devant la chambre de céans est ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPGA).

1.3 Le recours a été interjeté en temps utile. Comme il respecte également les conditions de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (art. 89B LPA), il est recevable.

- 2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'assurance-invalidité.
- 3.** Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

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 2025, dès lors que le délai d'attente d'une année est venu à échéance le 3 août 2024 et que la demande de prestations a été déposée le 23 octobre 2024 (*cf.* art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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

4.3 L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas relevant de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.1 et la référence). En l'absence d'une capacité de gain résiduelle économiquement exploitable, on est en présence d'une incapacité de gain totale qui ouvre le droit à une rente d'invalidité entière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_755/2023 du 20 février 2024 consid. 5.2.2).

4.4 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). Le droit à la rente prend toutefois naissance 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5.

5.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré, car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

5.1.1 Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu que celui-ci aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

5.1.2 Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.2 et les références).

5.1.3 Aux termes de l'art. 27^{bis} al. 1 RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition des taux suivants :

- a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative ;
- b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels.

Selon l'art. 27^{bis} al. 2 RAI, le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est déterminé :

- a. en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% ;
- b. en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante ;
- c. en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide.

Selon l'art. 27^{bis} al. 3 RAI, le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est calculé :

- a. en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité ;
- b. en pondérant le pourcentage déterminé à la let. a en fonction de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 2, let. c, et une activité lucrative exercée à plein temps.

5.2 Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.1 et les arrêts cités).

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 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).

5.4 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), 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 125 V 351 consid. 3).

5.5 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

5.5.1 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V

58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

5.5.2 Le fait qu'une expertise ait été réalisée sur mandat d'un assureur d'indemnités journalières selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA – RS 221.229.1) – et donc pas selon la procédure de l'art. 44 LPG –, ne suffit pas à nier sa valeur probante lors de l'évaluation du droit à une rente d'invalidité de l'AI. Toutefois, l'appréciation des preuves doit répondre à des exigences strictes. S'il existe des doutes, même minimes, quant à la fiabilité et à la cohérence d'une telle expertise, il convient de procéder à des clarifications complémentaires, comme cela est le cas pour les appréciations médicales internes à l'assurance. Une expertise « externe à la procédure » (« *Fremdgutachten* ») ne peut ainsi se voir d'emblée reconnaître la même valeur probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur selon l'art. 44 LPG (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_452/2023 du 24 janvier 2024 consid. 5.2.1 et les références).

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

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

leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n. 10 p. 39).

5.5.5 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).

6.

6.1 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). 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).

6.2 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).

7.

7.1 En l'espèce, faisant sien l'avis du SMR du 20 juin 2025, lui-même fondé sur le rapport d'expertise du 10 février 2025 et le rapport du 25 avril 2025 de la Dre H_____, l'intimé considère que la recourante présente une capacité de travail durablement nulle dans son activité habituelle de caissière depuis le 3 août 2023 et, depuis le 18 septembre 2023, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (sans effort au niveau des deux épaules au-dessus de la ceinture scapulaire, ni charges dépassant 2 kg, ni mouvements répétitifs en abduction/adduction des membres supérieurs, ni environnement bruyant, ni « travail posté ») avec toutefois des fluctuations de rendement de 10 à 20% en cas de crises de migraine.

Pour sa part, la recourante conteste la capacité de travail de 100% retenue dans une activité adaptée au motif que l'ensemble des atteintes à la santé alléguées et/ou documentées (status post réparation bilatérale de la coiffe des rotateurs, protrusions discales L4-L5, L5-S1, maladie de Scheuermann, scoliose, cyphose, surcharge sacro-iliaque, migraines chroniques, intolérances alimentaires [gluten, lactose], hypercholestérolémie, déviation sévère de la cloison nasale) seraient la cause d'une « réduction réelle et permanente de [ses] capacités à accomplir tant les tâches professionnelles que domestiques » (recours, p. 2).

La chambre de céans observe à titre liminaire que dans son rapport du 5 décembre 2024 à l'OAI (dossier AI, doc. 14, p. 179 ss), le Dr F_____ mentionne effectivement des antécédents médicaux (thyroïdite de Hashimoto, migraines, astigmatisme, sinusites, hernie discale, kyste au sein droit opéré, kyste au sein gauche, allergies, gastrites, reflux gastro-œsophagien, névralgie d'Arnold). S'il ne se prononce pas, dans ce rapport, sur les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, ce médecin le fait en revanche dans son rapport du 23 janvier 2025 à SWICA, en ne retenant de diagnostics avec effets sur la capacité de travail qu'en rapport avec les atteintes aux épaules ayant motivé les interventions du 1^{er} mai 2024 à l'épaule droite et du 18 septembre 2024 à l'épaule gauche et le status post-chirurgical (surinfection de cicatrice à gauche ; dossier AI, doc. 22, p. 459).

Pour le surplus, il sied de constater, sur le plan orthopédique, qu'outre les tendinopathies des deux épaules, les rapports radiologiques établis entre octobre 2023 et décembre 2024 par le Dr E_____ documentent effectivement une importante déviation de la cloison nasale vers la gauche, sans incidence significative sur les sinus (qui sont de transparence normale et sans signe de sinusite aiguë ; dossier AI, doc. 20, p. 192), une protrusion discale en L5-S1 sans conflit radiculaire ni tassement vertébral ni canal lombaire étroit, accompagnée d'une discrète sclérose de surcharge au niveau des articulations sacro-iliaques (dossier AI, doc. 20, p. 198-199), un aspect légèrement cunéiforme de D12-L1

traduisant des séquelles d'une maladie de Scheuermann, une protrusion discale en L4-L5 sans conflit radiculaire ni tassement vertébral (dossier AI, doc. 20, p. 201-202), deux discrètes scolioses à convexité gauche situées à la colonne cervicale, respectivement lombaire, sans discopathie ni tassement vertébral et avec une lordose physiologique conservée (dossier AI, doc. 20, p. 204). En tout état, la chambre de céans relève que, selon la lecture de l'expertise du Dr G_____ par le SMR dans son avis du 20 juin 2025, les différentes investigations radiologiques précitées, motivées par les plaintes douloureuses que la recourante a exprimées au niveau du rachis, des épaules et des cervicales après l'événement du 2 août 2023, ne permettent de retenir des diagnostics avec effet sur la capacité de travail que pour les omalgies avec lésion dégénérative des deux sus-épineux et irritation du long chef du biceps d'une part, et pour la discrète arthropathie acromio-claviculaire à droite d'autre part. Le « status après douleurs cervicales et lombaires sans substrat justifiant la présence de douleurs » a été qualifié de diagnostic non incapacitant pas l'expert (dossier AI, doc. 22, p. 404 et 406), de sorte que la reprise d'une activité adaptée (*i.e.* n'impliquant ni effort au niveau des deux épaules au-dessus de la ceinture scapulaire, ni charges dépassant 2 kg, ni mouvement répétitif en abduction/adduction des membres supérieurs) était exigible à plein temps six semaines après l'événement du 2 août 2023, soit le 18 septembre 2023. S'agissant des autres atteintes incapacitantes, la Dre H_____ atteste dans son rapport du 25 avril 2025 que les migraines chroniques de la recourante n'affectent ses capacités fonctionnelles et ses activités domestiques qu'en cas de crises de migraine, si bien qu'en dehors des périodes concernées, la capacité de travail de la recourante est de 100% dans toute activité.

À ce stade de l'analyse, il sied donc de constater que l'avis du 20 juin 2025 du SMR, sur lequel se fonde la décision contestée, ne prête *a priori* pas le flanc à la critique en tant qu'il retient que les atteintes à la santé incapacitantes consistent en des omalgies sur lésions des deux sus-épineux, une irritation du long chef du biceps, une arthropathie acromio-claviculaire droite, un status post cure chirurgicale et, enfin, des migraines chroniques, et que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles découlant des atteintes précitées (*i.e.* sans effort au niveau des deux épaules au-dessus de la ceinture scapulaire ni charges dépassant 2 kg, ni mouvements répétitifs en abduction/adduction des membres supérieurs, ni environnement bruyant, ni travail posté), la capacité de travail exigible est de 100% depuis le 18 septembre 2023 et qu'elle est durablement nulle dans l'activité habituelle de caissière, ce depuis le 3 août 2023. Toutefois, dans la mesure où il existe des rapports médicaux dissidents, il convient d'examiner ci-après si ceux-ci sont de nature à remettre en question les conclusions du SMR, que ce soit au niveau des diagnostics avec effet sur la capacité de travail (ci-après : consid. 7.1.1) ou du taux de capacité de travail exigible dans une activité adaptée (ci-après : consid. 7.1.2).

7.1.1 Sans contester les conclusions de l'expert G_____ pour la période ayant couru jusqu'à l'expertise, le Dr L_____ « certifie » dans son rapport non daté (versé au dossier le 1^{er} décembre 2025 par la recourante) que l'état de santé de la recourante se serait aggravé depuis l'expertise du « 23.01.25 » [*recte* : 6 février 2025]. Il explique à cet égard qu'elle ne présenterait pas seulement des omalgies bilatérales empêchant le port de charges inférieures ou égales à 5 kg à droite, respectivement inférieures ou égales à 2 kg à gauche, mais aussi des névralgies cervico-brachiales bilatérales, des lombalgies basses L4-L5 et L5-S1, combinées avec une scoliose, de sorte que l'incapacité de travail serait de « plus de 50% et nécessiterait un travail adapté ». Aboutissant à une appréciation identique de l'incapacité de travail (plus de 50%), le Dr J_____ précise dans son rapport du 26 novembre 2025 que la recourante reste incapable de porter à bras tendus plus de 5 kg à droite et 2 kg à gauche, qu'elle présente des douleurs lombaires basses dues aux deux hernies discales en L4-L5 et L5-S1, lesquelles entraînent des difficultés à maintenir plus d'une heure la position assise sans alterner celle-ci avec « un petit moment debout » et, enfin, une cervicalgie constante malgré une infiltration pratiquée.

La chambre de céans constate que l'expert G_____ et le SMR tiennent déjà compte des omalgies bilatérales rapportées par les Drs L_____ et J_____ et retiennent même des limitations fonctionnelles supérieures, vu la limite de port de charges fixée à 2 kg de chaque côté. Quant aux douleurs cervicales et lombaires dont la recourante s'est plainte après l'événement du 2 août 2023, on rappellera que de l'avis de l'expert G_____, celles-ci sont dépourvues de substrat organiquement objectivable. L'expert précise d'ailleurs : « au niveau du rachis la situation est actuellement calme » (dossier AI, doc. 22, p. 406). Une lecture attentive du rapport d'expertise du Dr G_____ montre toutefois que pour les atteintes qui ne concernent pas les épaules, l'argument tiré de l'absence de substrat organique aux douleurs est corroboré par la seule référence à un CT-Scan du rachis cervical du 3 octobre 2023 (dossier AI, doc. 22, p. 404) et que s'agissant des lombalgies, on ne trouve ni mention, ni discussion, par l'expert, des documents d'imagerie relatifs à la colonne lombo-sacrée, ni discussion relative à la triple scoliose (cervicale, dorsale et lombaire) et à la maladie de Scheuermann mentionnés dans lesdits documents (dossier AI, doc. 20, p. 201 et 204).

Dans ces conditions, on ne comprend pas que dans son avis du 5 janvier 2026, le SMR s'autorise à attribuer au Dr G_____ les affirmations suivantes qui ne figurent nulle part dans le rapport d'expertise (hormis la référence au CT-Scan du rachis cervical du « 03.10.2023 », en réalité daté du 11 janvier 2024 ; dossier AI, doc. 22, p. 196) : « le SMR remarque que d'après [l'expert G_____], les séquelles d'une maladie de Scheuermann, la protrusion discale en L4-L5 et celle plus accentuée en L5-S1 sans conflit radiculaire (scanner du 05.10.2023) ainsi que l'ébauche d'arthrose cervicale (scanner du 3.10.2023) ne justifient pas les douleurs chroniques alléguées. Ce même substrat anatomique au niveau cervical

et lombaire avec scoliose cervico-dorso-lombaire a été considéré insuffisant pour justifier la plainte de douleurs persistantes d'autant plus que lors de l'expertise du 06.02.2025, celles-ci étaient en rémission ». Ce comblement de lacunes du rapport d'expertise par le SMR apparaît vain et critiquable, dès lors qu'il n'incombe pas à ce service de remanier *motu proprio* les rapports médicaux versés au dossier, mais de prendre position à leur sujet et, au besoin, de faire des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. ci-dessus : consid. 5.5.1). En l'espèce, le rapport d'expertise du Dr G_____, rendu à la demande de SWICA, est avant tout centré sur la cause de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de caissière, à savoir la rupture de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite et à l'épaule gauche. De plus, ce rapport, qui devrait répondre à des exigences strictes pour se voir reconnaître valeur probante (cf. ci-dessus : consid. 5.5.2), ne répond pas à ces réquisits dès lors qu'il n'aborde que très superficiellement les atteintes cervico-dorso-lombaires et ne motive en définitive l'absence de substrat organique aux douleurs lombaires que par la mention d'un « rachis actuellement calme ». Le caractère guère exhaustif de l'expertise du Dr G_____ apparaît également à la lumière du rapport du 23 janvier 2025 du Dr F_____ : bien que ce médecin y indique que les diagnostics justifiant l'incapacité de travail soient localisés aux épaules (capsulite rétractile de l'épaule gauche et tendinite de la coiffe des rotateurs à droite), il n'en estime pas moins, dans sa réponse à la question 10 de SWICA, qu'il conviendrait que le médecin traitant initie des investigations sur le plan neurologique au sujet de possibles névralgies cervico-brachiales et d'une possible névralgie d'Arnold (dossier AI, doc. 22, p. 459). À cet égard, force est de constater que dans son attestation non datée, produite le 1^{er} décembre 2025, le Dr L_____ justifie l'incapacité de travail à plus de 50% non seulement au moyen des atteintes non discutées par l'expert (« lombalgie[s] basse[s] L4-L5, L5-S1, combinées avec [une] scoliose ») mais aussi par la présence d'une névralgie cervico-brachiale bilatérale – semblant confirmer l'hypothèse émise par le Dr F_____ à ce sujet. Or, cette atteinte neurologique n'est discutée ni par l'expert G_____, ni par le SMR, y compris dans son avis du 5 janvier 2026. La chambre de céans constate en outre que les douleurs et restrictions rapportées par les Drs L_____ et J_____ en lien avec les diagnostics qu'ils retiennent – non limités aux seules omalgies – ont été confirmées dans le cadre de l'observation professionnelle initiée par l'OCE auprès de K_____, étant précisé que cette mesure a commencé le 22 septembre 2025, soit peu avant la décision litigieuse. Le rapport de K_____ relève en effet que malgré l'implication de la recourante dans la mesure, une mise en situation sur un poste administratif a démontré que les limitations de l'intéressée restaient incompatibles avec ce type d'activité, et ce en dépit des aménagements ergonomiques mis en place pour des atteintes plus étendues que celles jugées pertinentes par l'expert et le SMR sur le plan orthopédique, à savoir : « plusieurs atteintes chroniques, dont une scoliose et des séquelles opératoires aux deux épaules [contre-indiquant, selon le certificat médical produit,] le port de

charges supérieures à 5 kg du côté droit et à 3 kg du côté gauche et [nécessitant de] pouvoir alterner régulièrement les positions assise et debout » (cf. dossier AI, doc. 38).

Il résulte de ces considérants que le rapport d'expertise du Dr G_____ est lacunaire sur le plan des atteintes cervico-dorso-lombaires et neurologiques (névralgies cervico-brachiales) et que les informations recueillies à l'occasion du stage d'observation professionnelle – appuyées par l'attestation du 26 novembre 2025 du Dr J_____ et celle du Dr L_____ – accroissent encore les doutes sur la fiabilité et la validité des conclusions de l'expert et, par ricochet, du SMR. Il s'ensuit que la simple mention, par l'expert, d'une « situation [...] actuellement calme » au niveau du rachis (dossier AI, doc. 22, p. 406) ne permet pas de considérer, en l'état lacunaire de l'instruction sur les plans orthopédique et neurologique, qu'il serait établi, au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il existerait, à titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un simple « status après douleurs cervicales et lombaires sans substrat justifiant la présence des douleurs » (dossier AI, doc. 22, p. 406). Concernant en revanche les migraines chroniques, le fait que le SMR en a admis le caractère incapacitant en cas de crises n'est ni contesté, ni contestable, sous réserve d'une détermination fiable de la fréquence et de l'incidence de ces crises sur la capacité de travail (ci-après : consid. 7.1.2) et, en cas de statut mixte, sur les travaux habituels.

7.1.2 En l'occurrence, l'avis du SMR du 20 juin 2025 retient que la capacité de travail dans l'activité de caissière-vendeuse est de 0% depuis le 3 août 2023 et que dans une activité adaptée, elle serait de 100% depuis le 18 septembre 2023. Au regard des doutes qui entourent l'expertise du Dr G_____ (cf. ci-dessus : consid. 7.1.1), une telle exigibilité ne saurait être admise en l'état lacunaire de l'instruction du dossier. Il en va de même « des fluctuations de rendement de l'ordre de 10-20% » que le SMR a admises le 20 juin 2025 pendant les « crises algiques migraineuse[s]-céphalalgiques ». En effet, dans son avis du 5 janvier 2026, le SMR soulève toute une série de questions au sujet de l'attestation du 27 novembre 2025 de la Dre H_____ et des rapports antérieurs de ce médecin, s'interrogeant, entre autres, sur le « temps en dehors des migraines » qui n'a été précisé ni dans le rapport du 25 avril 2025 ni dans l'attestation du 27 novembre 2025. Vu la pertinence de ces questions, que le SMR a soulevées après la décision contestée, l'avis précédent de ce service, daté du 20 juin 2025, selon lequel il existe une diminution de rendement de 10-20% en cas de crises, reproduit en définitive les mêmes imprécisions qui sont reprochées à la Dre H_____ le 5 janvier 2026, parmi lesquelles la durée des périodes exemptes de migraines. Dans ces conditions, il n'est pas possible, en l'absence de réponse aux questions du SMR (cf. avis du 5 janvier 2026, p. 2, par. 1), de répercuter la diminution de rendement induite par les crises migraineuses sur la capacité de travail exigible. Cette situation insatisfaisante se reflète d'ailleurs dans la comparaison des revenus effectuée par l'intimé, cette dernière ne tenant pas compte de la diminution de

rendement pourtant admise par le SMR à hauteur de 10-20% en cas de crises (cf. dossier AI, doc. 29, p. 497). En tout état, si le SMR estimait que le rapport du 25 avril 2025 de la Dre H_____ ne lui permettait déjà pas de mesurer « le temps en dehors des migraines », il lui aurait incombé d'en tirer les conclusions dans son avis du 20 juin 2025 en adressant, dès ce moment, d'autres questions à la Dre H_____.

8. La décision litigieuse retient également que compte tenu d'une perte de gain de 8.20%, le degré d'invalidité pour la part active (50%) s'élève à 4.1% (soit $50 \times 8.20 / 100$), alors que dans la part consacrée aux travaux habituels (50%), il se monte à 0% car « dans [la] situation particulière [de la recourante], le degré d'empêchements dans les travaux habituels n'a pas d'influence sur l'échelle de rente », de sorte qu'une enquête à domicile ne se justifie pas.

En l'occurrence, le fait de retenir, par défaut, un empêchement nul dans les travaux habituels – tout en estimant qu'un empêchement plus important de l'intéressée ne le serait de toute manière pas assez – n'est pas admissible. Selon la jurisprudence en effet, lorsqu'en raison de l'étendue et de la nature des limitations, on ne saurait exclure d'emblée un quelconque impact sur la capacité d'un(e) assuré(e) à tenir son ménage, il y a lieu de compléter l'instruction au moyen d'une enquête ménagère si la personne est non active ou au bénéfice d'un statut mixte (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.3). Aussi convient-il d'examiner ci-après si le statut mixte à parts égales de la recourante peut être confirmé.

En l'espèce, il ressort du dossier, en particulier des explications que la recourante a données le 19 août 2025 dans le « questionnaire statut » et le 19 octobre 2025 dans son recours qu'elle vit seule avec son fils mineur, âgé de 10 ans au moment de la décision litigieuse, que le dernier emploi en date était exercé à 50%, qu'elle est inscrite au chômage depuis mars 2025 pour un emploi à mi-temps (50%) et subvient à ses besoins et ceux de son fils autiste au moyen des indemnités de chômage (CHF 1'751.30), des PCFam (CHF 2'056.-) et des allocations familiales (CHF 311.-). À l'examen des réponses données le 19 août 2025, il apparaît que la recourante n'envisageait pas d'augmenter son taux d'activité avant l'atteinte à la santé, survenue le 2 août 2023, et qu'elle n'aurait pas non plus augmenté son taux d'activité sans cette atteinte, vu le TSA de son fils et l'investissement important en temps que ce trouble requiert de sa part en tant que mère. Dans son recours, elle a confirmé que la situation de son fils lui imposait un taux d'activité réduit à 50%. Dans ces conditions, il y a tout lieu d'admettre, avec l'intimé, que sans l'atteinte à la santé, la recourante aurait continué à travailler à 50% à la date de la décision litigieuse.

Sans être en désaccord avec ce point, la recourante fait toute de même valoir en substance que l'évaluation du taux d'invalidité serait incorrecte dans la mesure où celle-ci ne tiendrait pas compte des contraintes familiales qu'elle vit et de son « rôle d'aidante ».

Bien que cette situation familiale soit sans conteste difficile, à plus forte raison pour une mère élevant seule son enfant, il n'en reste pas moins, sous l'angle de l'assurance-invalidité, qu'une personne assurée, en bonne santé, qui travaille à temps partiel, accepte volontairement de renoncer à une partie du salaire qu'elle pourrait réaliser en travaillant à plein temps, et que l'AI n'a pas pour vocation de compenser une perte hypothétique de revenus correspondant à une activité que cette personne n'aurait de toute façon pas exercée, même si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé (Ralph LEUENBERGER, Gisella MAURO, *Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale*, CHSS/1/2018, p. 40, 43).

En tant qu'elle retient un statut mixte à 50%, la décision litigieuse n'apparaît donc pas critiquable.

9. Il résulte de ce qui précède que la cause n'est pas en l'état d'être jugée sur le plan médical, d'une part parce qu'il est nécessaire de trancher au moyen d'une expertise indépendante, au sens de l'art. 44 LPGa, les divergences d'appréciation qui existent entre le Dr G_____ – dont le rapport d'expertise, réalisé à la demande de SWICA, est dépourvu de valeur probante –, les Drs L_____ et J_____ et le rapport d'observation professionnelle (ci-dessus : consid. 7.1.1), d'autre part parce qu'il s'impose de poursuivre l'instruction au sujet des migraines chroniques, notamment à la lumière du journal des migraines produit le 25 janvier 2026, de manière à pouvoir répercuter la diminution de rendement induite par les crises migraineuses-céphalalgiques sur la capacité de travail exigible (cf. ci-dessus : consid. 7.1.2). Cela fait, et sous réserve que le statut mixte de la recourante soit toujours d'actualité à ce moment, il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une enquête ménagère, puis de rendre une nouvelle décision.
10. Le recours est donc partiellement admis, la décision du 25 septembre 2025 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

Bien qu'elle obtienne partiellement gain de cause, la recourante, non représentée et n'ayant pas fait valoir de frais engendrés par la procédure, n'a en principe pas droit à des dépens et ne remplit pas non plus les critères permettant qu'il soit dérogé à cette règle. On ne saurait en effet considérer, en l'espèce, que l'importance de la cause et sa complexité aient rendu nécessaires des frais ou un volume de travail excédant ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui pour la défense de ses intérêts (ATF 127 V 205 consid. 5b ; cf. é.g. ATF 125 II 518 et Jean MÉTRAL, *in Commentaire romand LPGa*, 2e éd. 2025, n. 103 *ad* art. 61 LPGa).

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 au sens des considérants.
3. Annule la décision du 25 septembre 2025 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. 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

Pascale HUGI

Amélie FIGUET MAYSTRE

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