

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3811/2025

ATAS/693/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 août 2026

Chambre 16

En la cause

A_____
représentée par FORTUNA PROTECTION JURIDIQUE SA,
mandataire

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Justine BALZLI, présidente ; Yves MABILLARD et Michael
RUDERMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1979, mariée en secondes noces, mère d'une fille née en _____ 2019, a collaboré en qualité d'aide-soignante non qualifiée à plein temps dans un établissement médico-social (EMS) du 14 mars 2011 au 30 juin 2023, date de la fin des rapports de travail consécutivement à son licenciement.
- b.** Le 28 juin 2022, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
- B.** **a.** Dans un rapport du 23 août 2022, le docteur B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic, avec incidence sur la capacité de travail, d'aponévrosite plantaire bilatérale « G > D ». Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle, mais a indiqué que sa patiente devait éviter la station debout prolongée et les longues marches. Le traitement consistait en séances de physiothérapie. La date du premier contrôle remontait au 26 avril 2022, date à partir de laquelle il avait attesté un arrêt de travail total par certificat du 21 (*sic*) avril 2022.
- b.** Dans un rapport du 30 août 2022, le docteur C_____, spécialiste en rhumatologie, a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de « SPA [spondylarthrite ankylosante] mixte non stabilisé », malgré la prise d'AINS. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité depuis mai 2022, date de la première consultation.
- c.** Dans un rapport du 15 septembre 2022, le docteur D_____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, de spondylarthrite ankylosante, de cervicalgies et de lombalgies chroniques, de tendinite d'Achille bilatérale, d'aponévrosite plantaire bilatérale et de gonalgies mécaniques bilatérales. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle mais de quatre à six heures par jour dans une activité adaptée évitant la station debout prolongée, le port de charges supérieures à 5 kg, les montée et descente répétées des escaliers, les bras au-dessus de la tête, le buste en avant, ainsi que la position accroupie ou à genoux.
- d.** Par courrier du 8 décembre 2022, l'assureur perte de gain maladie de l'assurée l'a informée de la cessation des prestations à compter du 1^{er} avril 2023.

En annexe figurait un rapport d'expertise du 11 novembre 2022 établi, à la demande de cet assureur, par le docteur E_____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, qui avait examiné l'assurée le 8 novembre 2022. L'expert avait retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, suivants : un syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, une discopathie L4-L5, un syndrome cervicobrachial chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, et une discopathie C6-C7.

Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent fibromyalgique, une hypertension artérielle sous Lisitril, une obésité (BMI 35 kg/m²), un asthme chronique, un status post cure chirurgicale pour fibrome utérin, et une achillodynie d'allure mécanique enthésopathie calcifiante non spécifique. La capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle était de 50% depuis décembre 2022 et en plein après trois mois, mais de 100% dans une activité adaptée évitant le port de charges répétitif en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg, ainsi que les déplacements en terrains accidentés prolongés, ce dès l'expertise. Les activités adaptées citées à titre d'exemples étaient la surveillance, la vente ou magasinage d'objet ou de nourriture légère.

e. Dans un rapport du 29 mars 2023, le Dr D_____ a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de quatre heures par jour dans un poste adapté évitant le port répété de charges supérieures à 5 kg, la station debout prolongée, l'antéflexion et les rotations du tronc, la montée et descente répétée d'escaliers, ainsi que la marche sur terrain irrégulier.

f. Par communication du 18 juillet 2023, l'OAI a pris en charge une mesure d'orientation professionnelle du 1^{er} juillet au 30 septembre 2023 auprès de la société F_____ afin d'examiner avec l'assurée les différentes pistes professionnelles possibles, en tenant compte de son état de santé et de ses capacités. Cette mesure a été prolongée du 1^{er} au 31 octobre 2023 par communication du 6 octobre 2023.

g. Dans un rapport du 21 septembre 2023, le Dr D_____ a attesté une capacité de travail de l'assurée de 50% dans une activité adaptée.

Il a joint un rapport du 29 août 2023 du docteur G_____, médecin-chef du service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), mentionnant que les symptômes de l'assurée étaient de deux types, d'une part, des lombalgies en barre avec des douleurs vers les grands trochanters et, d'autre part, une sciatalgie sur la face postérieure de la cuisse et du mollet, sans élément en faveur d'une spondylarthrite.

h. Dans un rapport du 9 novembre 2023, F_____ a constaté que l'orientation en horlogerie n'était pas en adéquation avec les compétences de l'assurée. Le poste d'aide-comptable a été retenu comme cible professionnelle. Cette option correspondait aux compétences et aux aspirations de l'assurée et respectait ses limitations.

i. Par communication du 14 novembre 2023, l'OAI a pris en charge les frais d'un reclassement professionnel en tant qu'aide-comptable auprès de l'Institut de développement des compétences professionnelles (Idecpro), du 1^{er} novembre 2023 au 30 avril 2024. Le 30 novembre 2023, l'OAI a également pris en charge les frais d'un cours de bureautique auprès de cet institut, du 11 septembre au 30 novembre 2023.

j. Par certificat du 16 janvier 2024, le docteur H_____, médecin assistant en psychiatrie et psychothérapie à la Clinique I_____, a attesté un arrêt de travail total du 16 au 31 janvier 2024, qu'il a prolongé le 29 janvier 2024 jusqu'au 29 février 2024.

k. Dans un rapport du 12 février 2024, le docteur J_____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a indiqué que l'assurée souffrait d'une spondylarthrite ankylosante et que sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

l. Dans un rapport du 1^{er} mars 2024, le Dr H_____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et de spondylarthrite ankylosante (M45).

m. Par communication du 5 mars 2024, l'OAI a avisé l'assurée que la mesure de reclassement était interrompue au 14 février 2024.

n. Dans un rapport du 8 mars 2024, le docteur K_____, spécialiste en anesthésiologie, a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgie non déficitaire avec hernie discale L5-S1, de discopathies cervicales prédominant en C6-C7 gauche, et de douleurs multiples sur spondylarthrite séronégative. Les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, étaient l'hypertension artérielle (HTA) et la surcharge pondérale. La première consultation remontait au 7 juin 2023. Le médecin ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle ni dans une activité adaptée.

Il a annexé un rapport du 7 juin 2023 établi par ses soins dans lequel il avait posé les mêmes diagnostics.

o. Dans un rapport du 15 mars 2024, le Dr D_____ a mentionné que les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assurée étaient la tendinose chronique des épaules, les cervicalgies et les lombosciatalgies chroniques, ainsi que le trouble dépressif chronique sévère. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité.

p. Par avis du 23 août 2024, le service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR), a, sur la base des informations qu'il avait recueillies auprès des médecins traitants, relevé que le Dr J_____ confirmait le diagnostic de spondylarthrite ankylosante - SPA (Cosentyx, 300 mg/mois) avec un effet totalement incapacitant. Sur le plan psychiatrique, le Dr H_____ relatait les plaintes de l'assurée et évaluait la capacité de travail dans une activité adaptée entre 20 et 40%. Le Dr D_____ indiquait que le traitement de la SPA était en cours avec une fréquence mensuelle, que la hernie discale L5-S1 ne serait pas opérée, que l'évolution clinique était fluctuante et que le délai pronostique restait indéterminé. Le SMR en a conclu que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé et a proposé d'interroger ses médecins traitants en décembre 2024.

q. Par avis du 19 mars 2025, le SMR, après avoir résumé les nouvelles pièces médicales au dossier, a préconisé une expertise rhumatologique et psychiatrique.

r. Le mandat en a été attribué par SuisseMED@P-Team au L_____ (ci-après : L_____). L'assurée a été examinée le 29 avril 2025 par le docteur M_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le 14 mai 2025 par le docteur N_____, spécialiste en rhumatologie.

Dans leur rapport du 10 juin 2025, les experts ont posé, dans leur évaluation consensuelle, sur le plan somatique, les diagnostics suivants : une discopathie cervicale avec une protrusion C6-C7 gauche, une douleur lombaire avec une hernie discale L5-S1 rentrant en contact avec la racine S1 gauche, des enthésites des tendons des moyens fessiers sur les grands trochanter, et une enthésopathie des tendons d'Achille à leur insertion sur le calcanéum avec signe de Haglund. Sur le plan psychique, les experts n'ont retenu aucun diagnostic. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle depuis avril 2022 mais entière dans une activité adaptée depuis toujours. Les limitations fonctionnelles étaient : le soulèvement de charges supérieures à 5 kg à partir du sol, les porte-à-faux du buste, le port de charges proches du corps limité à 10 kg, la marche prolongée, les montées répétées d'escaliers, le piétinement prolongé ou la marche sur terrain irrégulier.

s. Par avis du 19 juin 2025, le SMR a validé les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire, tout en ajoutant que le contrôle partiel de la douleur et le syndrome des apnées-hypopnées du sommeil sévère, appareillé, sur une obésité de stade I pouvaient expliquer les quelques signes cliniques de fatigue (sans impact cognitif) relevés par l'expert psychiatre et justifier des fluctuations de rendement de l'ordre de 10-20% dans une activité adaptée.

t. Dans un projet de décision du 18 août 2025, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

u. Dans un rapport du 2 septembre 2025, le Dr J_____ a contesté l'expertise. Il a joint un rapport de scintigraphie osseuse trois phases du 27 octobre 2023 et un rapport d'IRM lombaire du 1^{er} mars 2023.

v. Dans un rapport du 19 septembre 2025, le Dr D_____ a invité l'OAI à réévaluer le projet de décision compte tenu des multiples affections dont souffrait l'assurée.

w. Par avis du 1^{er} octobre 2025, le SMR a considéré que ces pièces médicales ne modifiaient pas ses conclusions du 19 juin 2025.

x. Par décision du 3 octobre 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

Le statut d'assurée retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Elle était en incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dès avril 2022, début du délai

d'attente d'un an, mais de 0% dans une activité adaptée depuis toujours. Il avait pris en charge une mesure d'orientation puis une mesure de reclassement professionnel sous la forme d'une formation en tant qu'aide-comptable du 1^{er} novembre 2023 au 30 avril 2024, qui avait été interrompue dès le 12 avril 2024 sur certificat médical d'incapacité de travail. Le complément d'instruction médicale révélait que la capacité de travail de l'assurée était toujours de 100% dans une activité adaptée à son état de santé. La comparaison des revenus sans (CHF 68'427.-) et avec (CHF 50'015.-) invalidité aboutissait à une perte de gain de 27% ne donnant pas le droit à une rente. D'autres mesures professionnelles n'étaient pas de nature à réduire le dommage et n'étaient pas indiquées. Les éléments produits dans le cadre de l'audition ne permettaient pas de modifier l'appréciation du cas.

- C.** **a.** Par acte du 30 octobre 2025, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire.

Le rapport d'expertise bi-disciplinaire du L_____ était dépourvu de toute valeur probante. il ignorait ou minimisait les diagnostics posés par ses médecins-traitants, mentionnait de manière erronée une consommation d'alcool et ne tenait pas compte de ses absences répétées et de l'échec de la réinsertion professionnelle. Ses limitations combinées (physiques et psychiques) rendaient impossible toute activité régulière, même légère. Dans un rapport du 3 octobre 2025, son psychiatre traitant faisait état d'un risque élevé d'aggravation de son état de santé en cas de reprise de travail même dans une activité adaptée. Le taux d'invalidité était sous-estimé.

Outre le rapport du 3 octobre 2025, la recourante a également produit :

- un rapport d'une échographie des deux tendons d'Achille des deux fascias plantaires du 21 août 2025 ;
- un rapport d'une échographie du coude gauche du 25 septembre 2025 ;
- un rapport d'une échographie du poignet et de la main gauche du 26 septembre 2025.

- b.** Par réponse du 26 novembre 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le rapport d'expertise bi-disciplinaire du L_____ devait se voir reconnaître pleine valeur probante.

En ce qui concernait les nouvelles pièces médicales transmises dans le cadre du recours, l'intimé s'est rallié à l'avis du SMR du 25 novembre 2025 versé à la procédure, selon lequel aucun nouvel élément médical objectif n'avait été apporté.

La recourante n'établissait pas de manière convaincante en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. Dans ce

contexte, il n'y avait pas lieu d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail lui permettrait de retrouver un emploi.

c. Par réplique du 22 décembre 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle a contesté disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en s'appuyant sur le rapport du Dr H_____ du 10 décembre 2025, le rapport du Dr J_____ du même jour, et le rapport du Dr D_____ du 12 décembre 2025, joints à son écriture.

d. Par duplique du 2 février 2026, l'intimé a maintenu sa position, en invitant la chambre de céans à se référer à l'avis du SMR du 30 janvier 2026 produit.

EN DROIT

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

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

1.2 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA) prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Compte tenu des conclusions et motifs du recours, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.
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.

3.1 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 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

3.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. 4.1 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).

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 (art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI). 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).

Lorsqu'il est admis que la personne assurée peut prétendre – objectivement et subjectivement – à l'octroi de mesures de réadaptation susceptibles d'améliorer sa capacité de gain, il y a en principe lieu de surseoir à statuer sur la question du droit à la rente jusqu'à ce que l'issue desdites mesures soit connue. Cela étant, s'il apparaît que la personne assurée présente, avant même l'exécution des mesures de réadaptation envisagées, un degré d'invalidité inférieur à 40%, la question du droit à la rente peut être tranchée sans attendre l'issue de ces mesures (arrêt du Tribunal fédéral 9C_683/2024 du 8 juin 2026 consid. 4).

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).

4.2 Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs

(ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409).

Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons. En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 ; 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

4.3 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).

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).

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 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).

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).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

Le médecin du SMR n'a pas l'obligation de procéder lui-même à un examen médical sur la personne de l'assuré (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).

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).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

4.4 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).

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 (ci-après : ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) 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).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus 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 130 V 348 consid. 3.4).

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).

Selon l'art. 26 al. 1 1^{re} phrase RAI, le revenu sans invalidité (art. 16 LPGa) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité.

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

Il y a lieu de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023), si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique.

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} RAI de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

Pour les droits à la rente qui prennent naissance entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2023 – de même que pour les droits à la rente qui ont dû être adaptés entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2023 en raison d'une révision ou d'un octroi échelonné avec effet rétroactif –, il convient de tenir compte de l'ATF 150 V 410. Cela signifie que lors de la détermination du revenu avec invalidité en se fondant sur des données statistiques, il faut également examiner la pertinence de l'application d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022, en sus de l'abattement de 10% prévu pour le travail à temps partiel par l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2025 du 29 avril 2025 consid. 5.1 et les références).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

4.5 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. En l'espèce, les avis du SMR des 19 juin et 1^{er} octobre 2025 – sur lesquels se fonde la décision litigieuse – eux-mêmes basés sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire du L_____ du 10 juin 2025, considèrent que la capacité de travail de la recourante est nulle dans l'activité habituelle d'aide-soignante depuis avril

2022, mais totale dans une activité adaptée à ses limitations somatiques depuis toujours.

5.1 Il convient d'examiner la valeur probante de ce rapport d'expertise.

5.1.1 Sur le fond, sur le plan somatique, l'expert rhumatologue a retenu les diagnostics de discopathie cervicale avec une protrusion C6-C7 gauche, de douleur lombaire avec une hernie discale L5-S1 rentrant en contact avec la racine S1 gauche, d'enthésites des tendons des moyens fessiers sur les grands trochanters, et d'enthésopathie des tendons d'Achille à leur insertion sur le calcanéum avec signe de Haglund (p. 19).

Il a relevé que la recourante avait commencé à souffrir en septembre 2014 de douleurs des pieds, dont l'échographie [du 23 septembre 2014] montrait une enthésopathie des tendons d'Achille, sans aucun signe inflammatoire. Les tendons étaient normaux sans hyperémie au Doppler ni déchirure. Le canal tarsien était normal, de même que le nerf tibial postérieur. Les radiographies [du 20 décembre 2019] révélaient un pied plat et une calcification siégeant sur l'insertion du tendon d'Achille sur le calcanéum. La radiographie des genoux [du 14] avril 2022 mettait en évidence un léger pincement fémoro-tibial interne. Une IRM cervicale [du 14] avril 2022 concluait à des discopathies modérées et à une protrusion C6-C7 latéralisée à gauche, en contact avec la racine C7, sans signes compressifs (p. 19).

Une IRM des articulations sacro-iliaques le [25] mai 2022 montrait une atteinte des articulations sacro-iliaques sans aucun signe d'inflammation et une tendinite des moyens fessiers, sans aucun signe d'œdème osseux, sans synovite, sans enthésite ni capsule. La radiographie des pieds le 23 novembre 2022 révélait des épines calcanéennes et une hyperostose de la face postérieure de la grosse tubérosité du calcanéum avec calcification à l'attache du tendon d'Achille. Une IRM lombaire le 1^{er} mars 2023 mettait en évidence une hernie discale L5-S1 rentrant en contact avec l'émergence de la racine S1 gauche et une sclérose des articulations sacro-iliaques de façon bilatérale, limitée, peu profonde, compatible avec une atteinte mécanique, sans signe inflammatoire. Une IRM prescrite le 13 juillet 2023 ne montrait pas de sacro-illite mais plutôt des troubles mécaniques et une protrusion discale L5-S1 en contact avec la racine S1 gauche. En août 2023, il n'y avait toujours pas d'argument pour une spondylarthrite ankylosante et l'IRM effectuée le 15 août 2023 ne montrait aucun signe de sacro-illite, mais une sclérose sous-chondrale essentiellement des berges iliaques à la portion moyenne qui évoquait une atteinte mécanique. Les HUG n'avaient pas non plus constaté d'élément en faveur d'une spondylarthrite (p. 20).

La scintigraphie osseuse [du 27 octobre 2023] révélait quelques éléments inflammatoires se traduisant par une hyperactivité en phase osseuse tardive au regard des articulations gléno-humérales et coxo-fémorales droites, sans aucune autre anomalie. Le traitement par Cosentyx avait débuté en février 2024 par le Dr J_____ pour une suspicion de spondylarthrite ankylosante. L'IRM cervico-

lombaire le [3 octobre] 2024 mettait en évidence des discopathies modérées avec une protrusion disco-ostéophytique C6-C7 gauche, sans conflit disco-radicaire. L'IRM des articulations sacro-iliaques du [3 octobre 2024] était parfaitement inchangée, toujours sans aucun caractère inflammatoire, identique à la période avant la mise sous Cosentyx. L'IRM du bassin [du même jour] montrait l'ébauche d'une coxarthrose bilatérale prédominant du côté droit, et une enthésopathie d'insertion sur le grand trochanter des deux côtés. Le 8 novembre 2024 était posé le diagnostic d'un syndrome d'apnée du sommeil (p. 20). L'IRM des genoux le 28 janvier 2025 concluait à une chondropathie de stade IV à droite et à gauche (p. 21).

L'expert en a conclu que la recourante présentait une névralgie cervico-brachiale plutôt latéralisée à gauche sur discopathie, une lombosciatalgie sur hernie discale et une suspicion de spondylarthrite ankylosante sans argument clinique ni radiologique. Il a souligné que les trois IRM des articulations sacro-iliaques n'avaient mis en évidence aucun argument en faveur d'une spondylarthrite ankylosante, que ce diagnostic avait été écarté par le Dr G_____ aux HUG et que la scintigraphie n'avait pas apporté plus d'arguments (p. 21). La recourante présentait des atteintes dégénératives : une discopathie cervicale avec une protrusion C6-C7 gauche, une douleur lombaire avec une hernie discale L5-S1 rentrant en contact avec la racine S1 gauche, des enthésopathies des moyens fessiers sur le grand trochanter, des deux côtés et une ébauche de coxarthrose sans constatation à l'examen clinique. L'expert n'avait pas retrouvé de signe de fibromyalgie (p. 21).

L'expert en a inféré que les limitations fonctionnelles de la recourante étaient l'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, les porte-à-faux du buste, le port de charges proche du corps limité à 10 kg, la marche prolongée, la montée répétée des escaliers, le piétinement prolongé et la marche sur terrain irrégulier. La recourante était totalement inapte à exercer son activité habituelle depuis avril 2022, mais pouvait pleinement exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis cette date (p. 22).

5.1.2 Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre n'a retenu aucun diagnostic (p. 34).

Il a expliqué que les déclarations de la recourante, combinées aux observations cliniques, ne permettaient pas d'identifier de trouble psychiatrique répondant aux critères diagnostiques de la CIM-10, en l'absence de symptômes cliniques persistants ou d'intensité pathologique. Elle rapportait une humeur fluctuante, parfois très triste, en lien avec ses douleurs chroniques et les problèmes de santé familiaux, une fatigue persistante, attribuée à l'apnée du sommeil et aux effets du Cosentyx, des gestes auto-agressifs mineurs (se pincer, se taper) lorsqu'elle se fâchait, une difficulté de concentration sur la lecture, une prise de poids de 10 kg liée à une surconsommation alimentaire lorsqu'elle était mal. Les observations confirmaient toutefois une modulation émotionnelle appropriée, avec une

accessibilité, un recours à l'humour et une expressivité lors de l'évocation d'activités plaisantes, sans abaissement constant de l'humeur, des signes de fatigabilité sur les dernières dix minutes de l'examen, avec un temps de latence légèrement augmenté et une gestuelle spontanée réduite, mais sans impact cognitif ou émotionnel sévère, l'absence de stigmatisme visible de comportements auto-agressifs, une attention et une concentration normales sans trouble cognitif, et une surcharge pondérale sans signe de troubles alimentaires pathologiques (p. 34).

Il a ajouté que les observations ne relevaient aucun signe d'intoxication aiguë ou chronique, de sevrage, ni d'anomalie d'élocution, de coordination psychomotrice, de tremblements, de sueurs ou d'altération de la vigilance. Les résultats des analyses biologiques réalisées le jour de l'examen indiquaient une consommation modérée d'alcool (environ un verre/jour ou quatre verres à une ou deux reprises par semaine), en contradiction avec la déclaration d'abstinence de la recourante. L'anamnèse ne mettait pas en évidence de répercussion de cette consommation dans les différents domaines de l'existence, y compris dans l'organisation de la journée-type. Aucune stigmatisation somatique, cognitive ou psychomotrice n'évoquait une consommation pathologique chronique. Ainsi, l'expert a exclu tout trouble en lien avec la consommation de substances selon les critères de la CIM-10 (p. 35).

Il a également écarté un trouble psychotique. Le contact était aisé, la pensée logique, le discours clair et structuré, sans manifestation d'écoute intérieure, barrages, *fading*, pensée circonlocutoire ou désorganisation comportementale. Aucun signe d'appauvrissement des affects ni de discordance idéo-affective n'a été relevé (p. 35).

Il a aussi exclu un trouble de l'humeur au sens de la CIM-10. La mimique de la recourante n'était ni pauvre ni triste. Son discours n'était pas constamment teinté de négativité. Une fatigabilité modérée avait été observée en fin d'examen, sans anhédonie marquée. Elle conservait un intérêt pour certaines activités (séries télévisées, interactions avec sa fille). Elle niait toute idée suicidaire ou tentative. Elle mentionnait des gestes auto-agressifs mineurs sans stigmatisme visible. L'expert a conclu à l'absence de symptômes dépressifs persistants (humeur continuellement triste, anhédonie majeure) ou de manifestations maniaques/hypomaniaques (euphorie, logorrhée, impulsivité ; p. 35).

L'expert a exclu tout trouble anxieux généralisé ou une phobie spécifique invalidante. La recourante rapportait une phobie des avions, une peur des serpents et une anxiété déclenchée par le bruit des ambulances liée à des craintes pour sa famille. Elle niait tout autre symptôme anxieux (nervosité, agitation, manifestations somatiques). Les observations confirmaient l'absence d'instabilité psychomotrice, de tension musculaire, de transpiration excessive ou de tonalité vocale instable. Le contact était fluide, sans gêne particulière et la recourante était capable d'interagir avec des inconnus (p. 35).

Il a également écarté un trouble obsessionnel-compulsif, en l'absence de rituel, de vérification mentale ou de préoccupation excessive (p. 35).

Il n'y avait pas non plus d'éléments en faveur d'un trouble de l'adaptation, en l'absence de perturbation émotionnelle significative, sur le versant anxieux ou dépressif. La recourante évoquait des émotions proportionnées à sa situation, sans excès d'intensité ni discordance (p. 35).

Un trouble de stress post-traumatique était aussi exclu. En relation avec les violences psychologiques de l'ex-mari et un accident de voiture en 2022, la recourante ne rapportait ni *flashback*, ni cauchemar, ni évitement, et aucun signe d'hypervigilance, de sursaut, d'idées intrusives ou d'anesthésie psychique n'avait été constaté (p. 35).

L'expert a écarté un trouble somatoforme, en l'absence de préoccupations excessives (vis-à-vis des diagnostics ou des traitements) ou envahissantes au-delà des limitations fonctionnelles. Les douleurs chroniques invoquées (cervicales, dorsales, lombaires, bassin, genoux, chevilles, talons), apparues progressivement depuis 2013-2014, étaient évaluées entre 6/10 et 9.5-10/10 et n'étaient jamais absentes. L'examen confirmait des manifestations douloureuses (changements de posture, recherche de positions antalgiques, contractions mimiques, limitation de la marche). La tristesse était liée aux répercussions fonctionnelles (notamment le rôle parental), mais pas à la douleur elle-même. Aucun signe de détresse émotionnelle excessive n'avait été constaté. La recourante exprimait une bonne relation avec son médecin-traitant et son nouveau rhumatologue. Elle ne multipliait pas les investigations. Elle avait suivi le conseil de son médecin-traitant de ne pas entreprendre une intervention chirurgicale suggérée par un neurochirurgien, ce qui s'opposait à une recherche de soins invasive ou compulsive. Elle attribuait ses douleurs à un surmenage passé et à une composante héréditaire. Les limitations physiques observées n'étaient pas exagérées (p. 35-36, 38).

Une boulimie ou autre trouble des conduites alimentaires était également exclu. Aucune conduite de restriction alimentaire, vomissements provoqués, ni insatisfaction corporelle obsessionnelle n'étaient rapportés. Les observations confirmaient une surcharge pondérale sans signe de trouble du comportement alimentaire (absence d'hypertrophie parotidienne, de plaies aux phalanges ou d'anomalies dentaires ; p. 36).

L'expert n'a retenu aucun trouble de la personnalité. La recourante se décrivait comme trop gentille, franche, avec une humeur influencée par les événements, mais stable. Elle prenait des décisions tantôt réfléchies, tantôt impulsives, sans comportement dommageable ou instabilité. L'observation confirmait le respect des règles sociales, une bonne empathie, une gestion adéquate des interactions, et l'absence d'impulsivité, de méfiance, de théâtralisme ou de dépendance excessive. Elle manifestait un sens des responsabilités adapté et des projets de vie (p. 36).

Enfin, tout trouble de l'attention était écarté. La recourante rapportait une difficulté de concentration pour la lecture depuis toujours, sans trouble attentionnel ou comportemental scolaire ou professionnel antérieur. L'observation clinique confirmait une attention soutenue, une concentration stable, sans distractibilité (p. 36).

L'expert a ensuite exprimé son désaccord avec les diagnostics posés par le psychiatre traitant. Dans un rapport du 1^{er} mars 2024, ce dernier retenait un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Cela ne concordait pas avec le fonctionnement décrit de la recourante lors des mesures de réadaptation professionnelle. Il était alors fait mention de son assiduité et de sa volonté ; elle « compren[ait] très vite et sui[vait] bien tous les cours avec une bonne participation », et était « [motivée] à suivre la formation (...) pour y arriver malgré ses difficultés ». Par ailleurs, parmi les éléments indiqués par le psychiatre traitant, il était difficile de distinguer les constatations objectives des plaintes spontanées de la recourante. Dans un rapport du 20 juin 2024, le psychiatre traitant indiquait du reste qu'il « [pouvait] seulement prendre des symptômes décrits par [elle] sans être capable de les objectiver ». Il confirmait de plus l'absence de traitement antidépresseur. Cela était incompatible avec un épisode dépressif sévère. Dans un rapport du 14 janvier 2025, le psychiatre traitant évoquait cette fois-ci un syndrome douloureux somatoforme persistant, sans faire état du moindre critère pour ce trouble selon la nomenclature. De plus, il retenait conjointement un trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée et un épisode dépressif moyen, qui étaient exclusifs l'un de l'autre (p. 36-37).

L'expert a également évalué les capacités et les ressources de la recourante, en référence à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), plus particulièrement en employant l'outil « Mini-CIF-APP ». Ainsi, la recourante affirmait maintenir des contacts étroits avec une amie proche, sa nièce et son mari, qui constituaient son réseau de soutien principal. L'expert a observé une aisance dans le contact, une accessibilité et une capacité à établir des interactions formelles, sans réticence ni méfiance (p. 39). La recourante montrait une intelligence dans la norme, comme en témoignait son discours clair, logique et structuré lors de l'examen. Les observations confirmaient une orientation adéquate dans le temps, l'espace, la situation et la personne, ainsi qu'une attention et une concentration stables, sans trouble cognitif. Elle était autonome dans les tâches administratives. Elle démontrait par ailleurs une capacité intacte à respecter les règles et à se conformer aux attentes, ainsi que l'illustrait sa ponctualité au rendez-vous et son comportement collaboratif durant l'examen. La recourante montrait aussi une capacité préservée à gérer des tâches quotidiennes, telles que les finances familiales. Elle ajustait son comportement de manière appropriée aux contextes, comme le prouvaient ses interactions modulées lors de l'examen et sa capacité à répondre à des questions variées sans rigidité. En l'absence de trouble psychique, elle conservait également la capacité d'appliquer ses compétences

spécifiques (p. 39). En outre, elle faisait preuve d'un jugement adéquat, percevant et interprétant les faits de manière différenciée, comme en témoignait son discours cohérent et sa capacité à exprimer ses préoccupations de manière nuancée. Du fait de ses douleurs, elle montrait une proactivité réduite initiant peu d'activités spontanées en dehors des obligations familiales, mais elle rapportait des efforts occasionnels pour sortir avec sa fille. Il n'y avait toutefois pas de limitation en la matière sur le plan psychique. La recourante présentait une légère fatigabilité en fin d'examen, mais maintenait une attention stable, corroborant une endurance préservée. En ce qui concerne la capacité d'affirmation de soi, elle maintenait des contacts sociaux de manière appropriée et exprimait ses points de vue. Elle établissait facilement des contacts formels. Elle comprenait et respectait les règles des groupes sociaux, s'intégrant sans difficulté dans des contextes familiaux. Enfin, la capacité de déplacement de la recourante, qui était arrivée seule en train pour l'examen, n'était pas limitée et elle conservait une hygiène personnelle et des soins corporels adéquats, avec une tenue soignée et une apparence entretenue (p. 40).

L'expert a conclu qu'en l'absence de trouble psychique, il n'existait pas de limitation fonctionnelle. La capacité de travail de la recourante était par conséquent totale depuis toujours (p. 37, 40-41).

5.1.3 Sur le plan consensuel, les experts ont considéré que la recourante, totalement inapte à exercer l'activité habituelle d'aide-soignante depuis avril 2022, disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques depuis toujours (*recte* : avril 2022 ; p. 22).

5.1.4 La chambre de céans constate que le rapport d'expertise bi-disciplinaire du L_____ se fonde sur l'anamnèse et le résumé des pièces médicales au dossier, y compris des rapports d'imagerie, complété par des analyses biologiques de laboratoire, sur les indications subjectives de la recourante, sur des observations cliniques, ainsi que sur l'appréciation du cas qui est bien motivée. Ce rapport remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

5.2 Reste à examiner si les avis des médecins traitants sont susceptibles de mettre en doute le bien-fondé du rapport d'expertise bi-disciplinaire.

5.2.1 Dans un rapport du 2 septembre 2025, le Dr J_____, rhumatologue traitant, s'étonne que le diagnostic de spondylarthrite n'ait pas été retenu dans l'expertise, pas plus que celui d'enthésopathie. Il a joint le rapport de scintigraphie osseuse du 27 octobre 2023 et le rapport d'IRM lombaire du 1^{er} mars 2023.

Dans un rapport du 19 septembre 2025, le Dr D_____, médecin traitant généraliste, fait état d'un trouble dépressif chronique sévère, ainsi que d'affections ostéoarticulaires (dont des gonalgies chroniques) s'inscrivant dans un contexte de spondylarthrite ankylosante.

À cet égard, par avis du 1^{er} octobre 2025, le SMR rappelle que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, écarté par l'expert rhumatologue, a été nié par le rhumatologue des HUG (en août 2023). Il souligne que l'examen clinique lors de l'expertise était exhaustif tant sur le plan ostéoarticulaire (comprenant la gonarthrose bilatérale modérée) que psychique. Il en conclut que ces pièces médicales ne modifient pas l'appréciation du cas.

La chambre de céans ajoutera que les documents produits par le Dr J_____ étaient connus de l'expert rhumatologue. Ils ne font pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés par celui-ci. Par ailleurs, les experts rhumatologue et psychiatre ont dûment expliqué les motifs pour lesquels la spondylarthrite ankylosante était exclue, de même que tout trouble d'ordre psychique, étant relevé que, contrairement à ce qu'indique le Dr J_____, l'expert a retenu l'existence d'enthésopathie.

5.2.2 À l'appui de son recours, la recourante a produit :

- un rapport d'échographie des deux tendons d'Achille, des deux fascias plantaires du 21 août 2025 concluant à une discrète tendinopathie corporelle du tendon d'Achille droit et gauche sans fissuration, à des signes d'enthésopathie marquée et inflammatoire avec composante ossifiante de l'attache distale du tendon d'Achille sur le calcaneum, à une douleur au passage de la sonde à ce niveau, sans bursite visible, sans argument en faveur d'une fasciite plantaire à droite ou à gauche ;
- un rapport d'échographie du coude gauche du 25 septembre 2025 mettant en évidence des signes de tendinopathie non fissuraire, sans signe inflammatoire actif aux dépens de la moitié postérieure du tendon commun des extenseurs ;
- un rapport d'échographie du poignet et de la main gauche du 26 septembre 2025 montrant un kyste prédominant de la gouttière du pouls se dirigeant en direction radiale jusque sous les tendons de la première coulisse ; et
- un rapport du psychiatre traitant du 3 octobre 2025 posant les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte prolongée, anxieuse et dépressive (F43.2), d'anxiété généralisée (F41.1) dans le contexte d'un trouble somatoforme (F45) et d'épisode dépressif (F32).

Prenant position sur ces documents, par avis du 25 novembre 2025, le SMR indique que le rapport d'échographie des deux tendons d'Achille, des deux fascias plantaires du 21 août 2025 est aligné avec l'évaluation clinique de l'expert rhumatologue, qui a retenu une enthésopathie des tendons d'Achille, à leur insertion sur le calcaneum avec signe de Haglund. Le SMR constate que le rapport d'échographie du coude gauche du 25 septembre 2025 ne fait état d'aucun signe de sévérité et que le tableau décrit est compatible avec l'examen clinique rhumatologique lors de l'expertise. Le SMR relève que, au moment de la décision, le kyste mis en évidence dans le rapport d'échographie du poignet et de la main gauche du 26 septembre 2025 n'avait pas d'impact, en citant la page 18 (*recte* :

17) du rapport d'expertise, qui indiquait, s'agissant des poignets et mains, que « [l]'examen des poignets et des articulations métacarpo-phalangiennes, interphalangiennes distales et proximales [était] normal, aucune augmentation de volume. Respect des amplitudes avec un contact pulpe/paume obtenu pour tous les doigts. Pas de douleur à la mobilisation ». Enfin, s'agissant du rapport du psychiatre traitant du 3 octobre 2025, le SMR observe (à l'instar de l'expert psychiatre qui s'est prononcé sur les rapports précédents du psychiatre traitant) que si les codes de la nomenclature CIM-10 ont été annoncés, il n'est pas possible de faire la part entre les éléments qui relèvent des constatations objectives et les éléments qui renvoient aux plaintes spontanées. Le fonctionnement de la recourante, notamment ses capacités, n'était pas objectivé ni décrit au moyen d'outils validés comme la Mini-CIF-APP. Le trouble somatoforme persistant était évoqué, sans en mentionner les critères selon la nomenclature. Le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et l'épisode dépressif étaient exclusifs l'un de l'autre et ne pouvaient pas être retenus conjointement.

Aussi le SMR a-t-il maintenu son appréciation du cas.

La chambre de céans ajoutera que les pièces au dossier ne mentionnent pas que le kyste mis en évidence en septembre 2025 serait incapacitant. C'est le lieu de rappeler qu'une atteinte à la santé n'est en soi pas décisive pour pouvoir bénéficier des prestations en matière d'assurance-invalidité. Faut-il encore que l'atteinte à la santé entraîne une répercussion sur la capacité de travail et de gain.

5.2.3 À l'appui de sa réplique du 22 décembre 2025, la recourante a produit cette fois-ci :

- un rapport du psychiatre traitant du 10 décembre 2025 répétant les diagnostics indiqués dans le rapport du 3 octobre 2025, avec pour chaque diagnostic une liste de symptômes persistants ;
- un rapport du Dr J_____ du 10 décembre 2025 posant le diagnostic de spondylarthrite ankylosante et de gonarthrose bilatérale modérée, et ajoutant que les résultats des échographies d'août et septembre 2025 mettaient en évidence des tendinites chroniques en relation avec la spondylarthrite ankylosante ;
- un rapport du Dr D_____ du 12 décembre 2025 retenant les diagnostics suivants : une discopathie cervicale avec une protrusion C6-C7 gauche, une douleur lombaire avec une hernie discale L5-S1 rentrant en contact avec la racine S1 gauche, des enthésites des tendons des moyens fessiers sur les grands trochanters, une enthésopathie des tendons d'Achille à leur insertion sur le calcanéum avec signe de Haglund, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte prolongée, anxieuse et dépressive (F43.2), une anxiété généralisée (F41.1) dans le contexte d'un trouble somatoforme (F45) et un épisode dépressif (F32).

Par avis du 30 janvier 2026, le SMR a pris position sur ces pièces médicales.

Il a relevé que la liste des symptômes persistants mise sur le compte des différents diagnostics par le psychiatre traitant ne respectait pas les directives développées par les systèmes de référence de la Classification internationale des troubles psychiatriques (CIM-10, CIM-11 ou DSM-V). Le psychiatre traitant ne faisait aucune référence aux ressources et aux capacités de la recourante. Par ailleurs, il ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée, évoquant l'instabilité du tableau somatique, qui n'était pas de son ressort. Le SMR en a conclu que la sévérité des atteintes psychiatriques invoquées n'était pas établie, chez une assurée qui bénéficiait d'un suivi que bimensuel.

En ce qui concerne le rapport du Dr J_____ du 10 décembre 2025, le SMR remarquait que les échographies d'août et septembre 2025 auxquelles ce médecin faisait référence avaient déjà été discutées dans l'avis du 25 novembre 2025. Le SMR constatait que la présence d'enthésopathie n'avait pas été négligée par l'expert rhumatologue, qui avait bien retenu une enthésopathie des tendons d'Achille, à leur insertion sur le calcaneum avec signe de Haglund, ainsi que des enthésites des tendons des moyens fessiers sur les grands trochanter. Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante avait été, tout comme l'expert rhumatologue, récusé *lege artis* par le Dr G_____, rhumatologue aux HUG, en l'absence de critères diagnostiques cliniques et d'imagerie selon *l'Assessment of Spondylo Arthritis international Society-ASAS* de 2009.

S'agissant du rapport du Dr D_____ du 12 décembre 2025, le SMR observait que les diagnostics, sur le plan somatique, étaient identiques à ceux retenus par l'expert rhumatologue. Le médecin-traitant ajoutait trois diagnostics psychiatriques, mais les limitations fonctionnelles énumérées n'étaient que somatiques. Le fonctionnement de la recourante au quotidien n'était pas décrit, pas plus que ne l'étaient les constats cliniques objectifs, les ressources et les capacités de la recourante.

En définitive, selon le SMR, ces pièces médicales ne modifiaient pas son appréciation du cas.

5.2.4 Force est d'admettre avec le SMR qu'aucune pièce médicale n'est susceptible de remettre en cause le rapport d'expertise rhumato-psychiatrique du 10 juin 2025. L'avis des médecins traitants ne constitue dès lors qu'une appréciation différente d'une même situation médicale. C'est le lieu de rappeler qu'une évaluation médicale complète et approfondie, telle que celle des experts du L_____, ne peut pas être remise en cause au seul motif que les médecins traitants ont une opinion divergente sur la capacité de travail de la recourante. Il ne peut en aller différemment que s'ils font état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été oubliés dans le cadre de l'expertise médicale. Tel n'est pas le cas en l'espèce.

Contrairement à ce que prétend la recourante, l'expert psychiatre a, sur la base d'analyses biologiques, relevé que celle-ci avait modérément consommé de

l'alcool, tout en précisant qu'elle ne présentait pas un trouble lié à la consommation de substances. Le fait qu'un test ultérieur soit négatif ne jette donc pas le discrédit sur les conclusions de l'expertise psychiatrique.

En outre, l'échec de la mesure de reclassement professionnel n'est pas déterminant pour évaluer la valeur probante d'un rapport d'expertise. C'est le lieu de relever que l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_486/2022 du 17 août 2023 consid. 6.5 et la référence). 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).

Cela étant dit, même à admettre, à l'échéance du délai d'attente d'un an, en avril 2023 (art. 28 al. 1 let. b et c LAI), une diminution de rendement de 15% (valeur médiane ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 3) dans une activité adaptée telle que mentionnée par le SMR dans son avis du 19 juin 2025 (il admettait des fluctuations de rendement de l'ordre de 10-20% dans une telle activité en raison des signes cliniques de fatigue, sans impact cognitif, relevés par l'expert psychiatre), cela ne modifierait pas l'issue du litige, comme exposé au consid. 5.4 *infra*.

Aussi, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), est-il superflu de procéder à une instruction complémentaire du dossier.

5.3 Reste à déterminer le taux d'invalidité de la recourante.

5.3.1 Pour arrêter le revenu sans invalidité, il y a lieu de se référer aux données communiquées par l'ancien employeur dans le questionnaire du 19 juillet 2022, selon lesquelles le salaire annuel, versé treize fois l'an, se serait élevé à CHF 68'234.40 (CHF 5'248.80 × 13) en 2022. Ce montant, une fois adapté selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les femmes publié par l'OFS (ISS ; en 2022 : 2822 et en 2023 : 2872), se chiffre à CHF 69'443.- en 2023 (68'234.40 × 2872 / 2822), année déterminante pour la comparaison des revenus.

5.3.2 S'agissant du revenu d'invalidé, dans la mesure où la recourante n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS 2022, soit celle qui était publiée (le 29 mai 2024) au moment déterminant de la décision attaquée du 3 octobre 2025 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Le salaire de référence est celui que peuvent réaliser les femmes dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé. Vu le large éventail d'activités que cette catégorie d'emplois recouvre, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à l'état de santé de la recourante

(consid. 4.4 *supra*). D'après l'ESS 2022, ce revenu s'élève à CHF 4'367.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, femme, part au 13^e salaire comprise) ou à CHF 52'404.- par année (CHF 4'367.- × 12).

Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2022, lequel est de 41.7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui porte le salaire annuel à CHF 54'631.- pour un plein temps (CHF 52'404.- × 41.7/40), mais à CHF 46'436.- pour un taux d'activité de 85% (100% moins la diminution de rendement de 15% indiquée au consid. 5.3.4 *supra*).

Ce montant, indexé à 2023 – année déterminante pour la comparaison des revenus – selon l'Indice des salaires nominaux pour les femmes (tableau T1.2.10 publié par l'OFS, disponible sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.31445479.html>), ligne « total », s'élève à CHF 47'271.85 (+ 1.8% en 2023 ; CHF 46'436.- × 1.8% = CHF 835.848 + CHF 46'436.- = CHF 47'271.848).

L'intimé a appliqué un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé pour tenir compte des limitations fonctionnelles et des années de service.

Il n'y a pas lieu d'appliquer un facteur de réduction supplémentaire.

En effet, l'éloignement du marché du travail ne constitue pas un facteur d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3 et la référence).

Le manque d'expérience de la recourante, naturalisée suisse depuis mars 2017, dans une nouvelle profession n'est pas non plus un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, puisque les activités adaptées envisagées (simples) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, et que tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêts du Tribunal fédéral 8C_103/2018, 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2).

L'âge de la recourante (seulement 43 ans au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_766/2017, 8C_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6 ; 9C_522/2011 du 8 février 2012 consid. 3.2 et 3.5) n'est pas de nature à influencer sur ses perspectives salariales.

Aussi le revenu d'invalidé s'élève-t-il à CHF 42'544.65 (CHF 47'271.85 × 10% = CHF 4'727.185 ; CHF 47'271.85 - CHF 4'727.185 = CHF 42'544.665).

5.3.3 Compte tenu d'un revenu sans invalidité de CHF 69'443.-, il en résulterait un taux d'invalidité de 38.73 % $[(69'443 - 42'544.65) / 69'443 \times 100]$, arrondi à 39% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), inférieur au taux minimum de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. c LAI.

Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a refusé le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

5.4 À toutes fins utiles, la recourante ne peut pas prétendre à l'octroi d'une (autre) mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité (art. 15 LAI) ou d'un (autre) reclassement (art. 17 LAI), lorsque comme en l'espèce le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière (arrêts du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3; 9C_467/2012 du 25 février 2013 consid. 5.2).

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
7. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante 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. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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