

NE_GERICHTE CDP.2024.315 vom 20. Januar 2026

NE Tribunal cantonal, 2026-01-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2024.315

FR: NE_GERICHTE CDP.2024.315 du 20 janvier 2026

IT: NE_GERICHTE CDP.2024.315 del 20 gennaio 2026

Erwägungen

E. 21

cons. 5.3 et les références citées).

Sagissant du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b al. 1) prévoient que, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'article 17 al. 1 LPGA (c'est-à-dire se modifie d'au moins 5 points de pourcentage ou atteint 100 %).

Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit, au sens de l'article 29 al. 1 et 2 LAI, est né avant le 31 décembre 2021 (ch. 1007). Si une décision concernant la fixation initiale d'un droit à une rente d'invalidité est rendue après le 1er janvier 2022 et si la survenance de l'invalidité et le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables (ch. 1009).

Conformément au chiffre 9102 de la circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (CIRAI), en cas de premier octroi de rente échelonnée ou limitée dans le temps et de révision, si la modification déterminante s'est produite après le 31 décembre 2021, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1er janvier 2022 s'appliquent. La date de la modification déterminante est déterminée selon l'article 88a RAI (cf. ch. 5500 ss CIRAI ; arrêt du TF du 30.06.2023 [8C_658/2022]).

b) En l'espèce, la décision litigieuse, datée du 24 octobre 2024, augmente, pour la période du 1er novembre 2021 au 31 août 2022, le droit à la rente de la recourante (née en 1980), qui avait pris naissance le 1er juillet 2015 (rente entière du 01.08.2014 au 30.06.2015, puis demi-rente à partir du 01.07.2015). Cette décision a été rendue après le 1er janvier 2022, mais porte sur un droit à une rente d'invalidité qui a pris naissance avant cette date (01.11.2021). Partant, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables.

En revanche, l'amélioration de l'état de santé ici discutée, qui a conduit l'OAI à diminuer le droit à la rente de la recourante avec effet au 1er septembre 2022, puis à l'augmenter à nouveau à partir du 1er janvier 2024, constitue des modifications qui sont intervenues après le 1er janvier 2022. A cet égard, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version en vigueur depuis le 1er janvier 2022 s'appliquent (arrêt du TF du

08.07.2024 [8C_823/2023] non publié in : ATF 150 V 410 cons. 4 et les références citées).

4.a) Selon l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'article 8 al. 1 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'article 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (art. 7 al. 2 LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (art. 28b al. 1 LAI). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (art. 28b al. 2 LAI). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière (art. 28b al. 3 LAI). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50 %, la quotité de la rente est la suivante (art. 28b al. 4 LAI) :

Taux d'invalidité	Quotité de la rente
49 %	47,5 %
48 %	45 %
45 %	47 %
47 %	42,5 %
46 %	40 %
40 %	45 %
37,5 %	37,5 %
44 %	35 %
35 %	43 %
43 %	32,5 %
32,5 %	30 %
	41 %
	27,5 %
	40 %
	25 %

Taux d'invalidité

Quotité de la rente

49 %

47,5 %

48 %

45 %

47 %

42,5 %

46 %

40 %

45 %

37,5 %

44 %

35 %

43 %

32,5 %

42 %

30 %

41 %

27,5 %

40 %

E. 25

%

L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'article 16 LPGa (art. 28a al. 1 LAI). Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 28a al. 1 LAI 2e phrase). L'article 16 LPGa prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré 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.

b) La révision de la rente d'invalidité est régie par l'article 17 al. 1 LPGa, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b).

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'article 17 LPGa. Dans la mesure où les conditions de la révision au sens de l'article 17 LPGa s'appliquent à la décision par laquelle une rente échelonnée ou limitée dans le temps est accordée à la personne assurée, la modification du droit à la rente ■ réduction ou suppression ■ suppose une modification des circonstances (ATF 130 V 343 cons. 3.5 à 3.5.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGa. La rente peut être modifiée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 cons. 3, 130 V 343 cons. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'article 17 LPGa (ATF 141 V 9 cons. 2.3). Par ailleurs, à mesure que les règles régissant les cas de révision s'appliquent par analogie lorsqu'une décision accorde une rente avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit sa réduction ou sa suppression (art. 17 LPGa; ATF 131 V 164 cons. 2.2 ; arrêt du TF du 29.04.2008 [9C_556/2007] cons. 3), il convient d'examiner si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, est intervenu qui justifie la réduction ou la suppression de la rente.

La date de la modification du droit à la rente est déterminée conformément à l'article 88a RAI (arrêt du TF du 17.07.2015 [9C_333/2015] cons. 2.3 et 3.2 et du 29.04.2008 [9C_556/2007] cons. 3 et les références citées). Selon l'article 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce

changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période (1re phrase) ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (2e phrase).

5.a) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a eu recours, a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les références citées).

b) L'assurance-invalidité, comme toute autre assurance, repose sur l'hypothèse que le risque assuré ne se réalise qu'exceptionnellement. Il en découle que l'assuré doit en principe être considéré comme étant en bonne santé et pouvant exercer une activité professionnelle (ATF 141 V 281 cons. 3.7.2, selon lequel il faut en règle générale partir du principe de la «validité»), dès lors que la plupart des atteintes à la santé n'entraînent pas d'incapacité de travail durable, ainsi que cela est mis en évidence en considérant l'ensemble de l'éventail des maladies physiques et psychiques. Le droit à une rente d'invalidité suppose ainsi une atteinte à la santé. Le diagnostic d'une atteinte à la santé n'implique cependant pas encore qu'elle est invalidante. Le caractère invalidant d'une atteinte à la santé se détermine, selon le texte clair de la loi, d'après les conséquences de celle-ci sur la capacité de travail et de gain. Le point déterminant à cet égard est de savoir si, compte tenu des atteintes invoquées, il ne peut plus être exigé de l'assuré qu'il travaille encore, à temps plein ou à temps partiel. C'est pourquoi un examen objectif de l'exigibilité s'applique en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé, en partant du principe de la validité et en laissant à l'assuré le fardeau matériel de la preuve de l'invalidité (142 V 106 cons. 4.3 et 4.4).

c) En matière d'appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du praticien soient bien motivées (ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a et les références citées).

c/aa) La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types de documents médicaux. Le juge procède à cette appréciation

selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de documents médicaux (ATF 125 V 351 cons. 3a ;Riemer-Kafka[Edit.], Expertises en médecine des assurances, 3^eéd., 2018, p. 31 ss). S'agissant des 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 135 V 465 cons. 4.5, 125 V 351 cons. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF du 29.10.2003 [I 321/03] cons. 3.1 ;Valterio, Commentaire LAI, ad art. 57 n° 48). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi de douter de sa valeur probante (125 V 351 cons. 3b/dd et les références citées).

c/bb) Concernant les SMR, ceux-ci évaluent, en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 54a al. 2 et 3 LAI, les conditions médicales du droit aux prestations. Le sens et le but de ces dispositions est que les offices AI puissent recourir à leurs propres médecins pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Il est attendu de ceux-ci que, sur la base de leurs connaissances spéciales en médecine des assurances, ils établissent la capacité fonctionnelle des assurés déterminante en matière d'assurance invalidité ; il s'agit ainsi de créer une séparation conséquente des compétences des médecins traitants (traitement médical et thérapeutique) et de l'assurance sociale (détermination des effets de l'atteinte à la santé) (arrêt du TF du 03.09.2015 [9C_858/2014] cons. 3.3.2). En application des dispositions citées, les SMR désignent les activités exigibles ainsi que les fonctionnalités inexigibles. Les SMR sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'OFAS. Selon une jurisprudence constante, les rapports réalisés par les SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Leur but est de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale. Ces rapports ne sont pas dénués de toute valeur probante dès lors qu'ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, en matière d'expertises médicales.

c/cc) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, la jurisprudence pose que le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 cons. 4.4, 122 V 157 cons. 1c et les références citées). On ne saurait ainsi 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 contradictoire. 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.

c/dd) Selon la jurisprudence récente, tant les syndromes douloureux somatoformes persistants que toutes les autres affections psychiques y compris les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 cons. 4.5.1 s), ainsi que les syndromes de

dépendance primaire (ATF 145 V 215) ■ doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 cons. 6 et 7 et les références citées). La question déterminante est celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs.

Les indicateurs standards devant être pris en considération en général sont classés d'après leurs caractéristiques communes. Les indicateurs appartenant à la catégorie «degré de gravité fonctionnel» forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Au sein de cette catégorie, dans le complexe «atteinte à la santé», le premier indicateur à mentionner est le caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Le succès du traitement ou la résistance au traitement, soit le déroulement et l'issue des traitements sont d'importants indicateurs du degré de gravité. Les troubles psychiques ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent pas (ou plus) être traités. Le complexe «personnalité» a trait aux capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent des déductions sur la capacité physique. Quant au complexe «contexte social», il permet de faire des déductions quant aux ressources mobilisables de l'assuré. Il faut ensuite examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie «degré de gravité fonctionnel» résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie «cohérence». A ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés.

6.a) En l'espèce, la recourante s'est prévaluée, lors de la procédure de révision d'office de son droit à la rente, d'un état de santé aggravé sur le plan somatique à la suite d'une chute, en août 2021, ayant entraîné une fracture avec tassement du corps vertébral de la 8^{ème} vertèbre dorsale. Au niveau psychiatrique, on constate que plusieurs diagnostics mentionnés dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande de prestations avaient d'ores et déjà été posés dans le cadre du précédent examen de droit à la rente (troubles dépressifs récurrents épisode actuel moyen sans syndrome somatique depuis 2013 (expertise du 24.03.2016 du Médecin_3), troubles obsessionnels compulsifs avec ruminations obsédantes au premier plan, état de stress post-traumatique, état dépressif post-traumatique).

b/aa) Dans sa décision litigieuse, l'OAI a considéré que, du 15 août 2021 au 4 mai 2022, l'assurée avait présenté une incapacité de travail, et par conséquent de gain, totale, dans toute activité, justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2021, à savoir trois mois après l'aggravation de son état de santé somatique conformément à l'article 88a al. 2 RAI, au 31 août 2022. La recourante ne conteste pas la décision entreprise sur ce point. Aussi, seul est litigieux le fait de savoir si, comme le retient l'OAI, son état de santé s'est amélioré à compter du 5 mai 2022 ■ à sa sortie de la CRR ■, de manière à justifier une diminution de son droit à la rente (en application de l'art. 88a al. 1 RAI). Il faut dès lors comparer la situation qui existait depuis août 2021 (reconnaissance d'une incapacité de travail à 100 % qui a entraîné l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès novembre 2021 [art. 88a RAI]) avec celle existant depuis mai 2022 (sortie

de la CRR) et ayant abouti à la rente de 57 % dès septembre 2022 (art. 88a RAI), puis examiner l'évolution jusqu'à la date de la décision pour déterminer, le cas échéant, si elle justifie encore une autre adaptation de la rente.

En l'occurrence, l'OAI a fondé sa décision sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 août 2023 des Médecin_23, Médecin_24, Médecin_25 et Médecin_26 et sur les avis médicaux du SMR des 5 et 7 septembre 2023, 28 mai 2024 et 23 août 2024, qui reprennent en substance leurs conclusions.

Dans leur rapport, ces experts ont expliqué le contexte du mandat d'expertise et ont procédé, chacun dans leur domaine de spécialité, à une anamnèse structurée (affection actuelle, anamnèse systématique, familiale/hérédité, sociale, allergies, habitudes, antécédents personnels médicaux, formation scolaire et parcours professionnel, événement marquants) et à un examen clinique détaillé en se fondant sur deux entretiens avec l'intéressée, qui ont eu lieu les 13 juin (volets médecine interne et neurologie) et 14 juin 2023 (volets psychiatrique-psychothérapie et médecine physique et de réadaptation), ainsi que sur les rapports médicaux intervenus antérieurement et mis à disposition par l'OAI. L'expertise rapporte le déroulement d'une journée type, les traitements suivis et les analyses de laboratoire. Les experts ont pris en compte les plaintes de l'expertisée avant de faire part de leurs propres constatations et de répondre aux questions posées par l'OAI pour aboutir à des conclusions intelligibles et dûment motivées.

La Cour de céans observe que ce rapport, émanant de spécialistes indépendants et dont le choix n'a nullement été mis en cause par l'intéressée, remplit ainsi les conditions qui permettent de lui reconnaître une pleine valeur probante.

b/bb) D'un point de vue somatique, on constate que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire ne sont pas sérieusement contredites par les éléments médicaux figurant au dossier ni par les avis des médecins traitants. Par ailleurs, seul le Médecin_22 a estimé que la capacité de travail de la recourante n'était pas entière. Dans son rapport du 5 décembre 2023, il a, en particulier, mentionné que sa patiente n'était pas à même de travailler 8h30 par jour compte tenu des douleurs dont elle se plaignait, sans toutefois étayer son opinion. Il n'a notamment pas remis en cause les constatations des experts durant leur examen clinique, en particulier celles du Médecin_26 figurant dans le volet médecine physique et de réadaptation de l'expertise, ni les limitations fonctionnelles retenues par ceux-ci. Au contraire, il a expliqué qu'un emploi permettant le respect de celles-ci serait «la situation idéale», mais que, compte tenu des douleurs évoquées et du fait qu'il n'était pas certain qu'un poste permettant leur respect existât, une capacité de travail entière ne pouvait pas être retenue. Aussi, force est de constater que son avis est fondé exclusivement sur les plaintes de sa patiente et n'est pas son appréciation selon laquelle sa capacité de travail ne serait pas entière. Par ailleurs, les douleurs alléguées par la recourante ont dûment été prises en compte et discutées par le Médecin_26 et d'ailleurs, par l'ensemble des experts, qui a expliqué que, malgré une évolution objectivement favorable, les douleurs de la région D6 à D8 persistaient comme cela pouvait se voir dans les suites de ce type de fracture-tassement, mais que l'intensité en paraissait disproportionnée par rapport aux lésions objectives. Il a expliqué que des facteurs contextuels de catastrophisme et de kinésiophobie influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assurée, qui restait centrée sur les douleurs. Il a indiqué avoir retrouvé lesdits facteurs, à son examen clinique, avec une anticipation douloureuse et des mouvements actifs et passifs spontanés supérieurs à ceux mesurés analytiquement en

raison d'auto-limitations. Il a relevé que le tassement corporel antérieur de 17 % n'avait jamais été considéré comme suffisant pour que les neurochirurgiens de l'Hôpital[a] proposent une cimentoplastie ou une kyphoplastie et que les médecins de la CRR avaient également relevé les facteurs contextuels susmentionnés. A rappeler que les facteurs psychosociaux et socioculturels, de même que des facteurs personnels et contextuels, tels que par exemple la faible maîtrise de la langue, le défaut de formation, la perception de l'assurée de ses capacités, etc., ne relèvent pas de l'assurance-invalidité (cf. arrêt du TF du 12.01.2016 [9C_286/2015] cons. 3 et 4) et ne peuvent être retenus dans le cadre de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail.

Par ailleurs, le Médecin_26 a expliqué que, pour les mêmes facteurs de catastrophisme et de kinésiophobie mentionnés précédemment, les limitations du rachis cervical à l'examen étaient notables, alors que les signes dégénératifs C6-C7 étaient très banals. Il a relevé que son avis était confirmé par celui des neurochirurgiens de l'Hôpital[a], qui indiquaient que la protrusion discale C6-C7 était extrêmement minime et qu'aucune indication à une action à ce niveau n'était retenue. Aussi, l'avis du Médecin_22 selon lequel le diagnostic de cervicalgies de la région cervico-dorsale sur hyperlordose cervicale induite par l'hypercyphose dorsale était incapacitant, au motif que ces douleurs entraînaient des contractures et une gêne fonctionnelle au mouvement de la nuque et de la région scapulaire interférant avec la capacité de travail, ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expertise.

Le Médecin_22 conteste également les constatations des experts, selon lesquelles l'état de santé de sa patiente se serait amélioré depuis son séjour à la CRR, au motif que ses plaintes au sujet des douleurs et des limitations fonctionnelles qu'elle éprouvait n'avaient pas varié depuis l'accident. Ce constat n'est toutefois pas suffisant à remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, dès lors que, une nouvelle fois, le rhumatologue traitant se fonde exclusivement sur les plaintes, nécessairement subjectives, de sa patiente et qu'il ne met en évidence aucun élément objectif remettant en cause les conclusions des experts ou qui auraient été ignorés par ces derniers.

Le Médecin_22 met en doute le fait qu'un nouveau séjour dans un service spécialisé de médecine physique et de réadaptation permette de retrouver une capacité de travail entière. Cet avis est toutefois sans pertinence en l'occurrence, dès lors qu'un tel séjour devrait, selon le Médecin_26, permettre une amélioration de la capacité de travail dans l'activité habituelle, une pleine capacité de travail ayant de toute façon été attestée dans une activité adaptée.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, singulièrement de celles du Médecin_26, à mesure que, faute de motivation suffisante, l'avis du Médecin_22 ne saurait établir une atteinte à la santé invalidante, d'autant moins qu'il émane d'un médecin traitant, 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 (arrêts du TF du 27.09.2010 [4A_412/2010] cons. 3.1 et du 19.08.2009 [8C_862/2008] cons. 4.2).

Par ailleurs et contrairement à ce que semble croire la recourante, ni le Médecin_26 ni le Médecin_22 n'ont évoqué le diagnostic de syndrome douloureux chronique. En effet, le Médecin_26 a retenu le diagnostic de status post-syndrome facettaire D7-D8. A ce sujet, le Médecin_22 a expliqué que, selon lui, il ne s'agissait pas d'un status post-syndrome en

mettant en gras le mot «post» ■ mais d■un syndrome douloureux chronique facettaire D7-D8, dès lors que cette pathologie n■était pas guérie et que sa patiente continuait à avoir des douleurs. Aussi, force est de constater que ces deux médecins font état de diagnostics somatiques qui ne peuvent ou doivent être traités de manière analogue au trouble somatoforme douloureux, lequel entre dans la catégorie des atteintes à la santé d'ordre psychique. Partant, une analyse selon une procédure d■établissement des faits normative et structurée au moyen d■un catalogue d■indicateurs ne se justifiait pas pour ce diagnostic, contrairement à ce que soutient l■assurée.

Enfin, contrairement à l■opinion de la recourante, aucune pièce au dossier ne permet de retenir l'existence d'une atteinte à sa santé, qui aurait commandé la mise en ■uvre d■un complément d■instruction sous cet angle de la part de l■intimé ou qui remet en cause les conclusions de l■expertise pluridisciplinaire. Au stade du recours, elle dépose notamment plusieurs documents médicaux concernant des infiltrations au niveau du talon d■Achille, ainsi qu■un rapport du Médecin_22 du 4 novembre 2024 mentionnant que sa patiente souffrait de talalgies bilatérales qu■elle décrivait comme présentes depuis l■accident du 15 août 2021 situées au niveau de l■aponévrose plantaire, avec sur une IRM de la cheville gauche réalisée en avril 2024, une aponévrosite plantaire surtout latérale avec des phénomènes irritatifs autour de la cheville, notamment une tendinopathie centrée sur le court fibulaire. Force est de constater que ces documents médicaux ne mettent pas en exergue de nouveaux éléments. En effet, les plaintes de la recourante concernant des talalgies ont bel et bien été prises en compte par le Médecin_26, qui a constaté, lors de son entretien avec l■assurée, qu■elle mentionnait souffrir de douleurs des talons bilatérales, prédominantes à droite et pires la nuit que la journée. Il a également relevé, lors de son examen clinique, que la mobilité des chevilles et des pieds était normale, symétrique et indolore avec une dorsiflexion à 10°, une flexion plantaire à 45°, un varus à 30° et un valgus à 20°. Il a, finalement, constaté que la mobilisation des sous■astragaliennes, médio-tarsiennes et du Lisfranc était symétrique et indolore, que la palpation de l■insertion calcanéenne de l■aponévrose plantaire était sensible des deux côtés (prédominant à droite) et que la palpation des insertions d■Achille était indolore. Il n■a toutefois pas considéré ces pathologies comme incapacitantes. Par ailleurs, les diagnostics et appréciations médicales susmentionnées figuraient déjà dans le rapport du 4 avril 2023 du Médecin_22, lequel avait été pris en compte par le SMR et les experts. Aussi, force est de constater que la recourante ne fait pas état d■éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par les experts ou qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions.

La recourante soutient que l■appréciation des experts aurait été influencée par leur a priori négatif à son égard, ceux-ci la considérant, selon elle, comme une «affabulatrice». Elle ne fait toutefois pas valoir d■élément figurant dans leur rapport qui ne correspondrait pas à la réalité ou à ses déclarations, se limitant à relever qu■ils ont mis en évidence des facteurs contextuels de catastrophisme et de kinésiophobie. Elle ne mentionne pas non plus de motifs de récusation. Or, si les experts ont constaté l■existence desdits facteurs, cela n■est pas suffisant pour en déduire un manque d■impartialité. Au contraire, ceux-ci ont relevé des éléments pertinents et convaincants en faveur de ceux-ci. Le Médecin_26 a, par exemple, mentionné que les limitations constatées durant l■examen clinique étaient supérieures à celles attendues d■une fracture tassement de 17 % de D8, que des infiltrations avaient été réalisées dans les articulaires postérieures et les costo-transversaires sans succès

alors qu'on pouvait en attendre une amélioration et que le tassement n'avait jamais été considéré comme suffisant pour que les neurochirurgiens proposent une cimentoplastie ou un kyphoplastie. Par ailleurs, ces mêmes facteurs ont été observés par les médecins de la CRR, dans leur rapport du 13 juin 2022, qui ont noté que «des facteurs contextuels (niveau d'anxiété et de catastrophisme élevé aux auto-questionnaires) influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par la patiente qui restait centrée sur les douleurs». La recourante n'a nullement remis en cause ces constats et l'appréciation des médecins de la CRR. Finalement, elle estime que les conclusions des experts seraient en contradiction manifeste avec leurs propres constatations cliniques. Elle ne fournit toutefois aucune précision ni explication à ce sujet, si bien que ce grief doit également être écarté.

b/cc) Dans le volet psychiatrique de l'expertise, le Médecin_25 a clairement exposé les raisons pour lesquelles il retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel bénin, ainsi que celui de trouble à symptomatologie somatique / syndrome de détresse physique modéré. Il a également justifié les raisons pour lesquelles il s'écarterait de certains diagnostics retenus (trouble panique, anxiété généralisée, trouble obsessionnel compulsif, déficit de l'attention, hyperactivité et stress post-traumatique). Il a, en particulier, indiqué n'avoir trouvé aucun symptôme ni critères diagnostic de trouble panique, d'anxiété généralisée ou de trouble obsessionnel compulsif à l'anamnèse systématique. Il a expliqué que la symptomatologie de stress post-traumatique était quasiment inexistante (pas de reviviscence des événements traumatiques, pas d'évitement autre que celui de parler des événements, pas d'hypervigilance), même si l'expertisée s'était montrée émue lorsqu'elle évoquait les divers événements traumatiques auxquels elle avait dû faire face et était réticente à en parler. Par ailleurs, il a constaté que cette pathologie n'était pas suffisamment sévère. Il a indiqué n'avoir pas non plus retrouvé d'indice de trait de personnalité pathologique chez la recourante ni dans son histoire personnelle ni dans la description de son caractère ni à l'examen psychiatrique. Finalement, après avoir pris connaissance des rapports du Médecin_5 qui retenaient le diagnostic de déficit de l'attention et d'hyperactivité compte tenu des réponses la recourante aux auto-questionnaires, le Médecin_25 a émis l'hypothèse que les quelques plaintes cognitives de l'assurée étaient en réalité à mettre sur le compte de la symptomatologie dépressive et de la focalisation sur le syndrome douloureux chronique.

On constate que le Médecin_25 s'est prononcé sur la capacité de travail de la recourante au moyen des indicateurs standards, l'estimant à 50 % de manière similaire à la précédente expertise. En particulier, il a apprécié les difficultés ainsi que les ressources personnelles et externes de l'assurée, relevant notamment qu'elle était bien entourée par son entourage familial et amical. S'agissant de sa personnalité, il a indiqué ne pas retrouver d'indice de traits de personnalité pathologiques chez l'assurée ni dans son histoire personnelle ni dans la description de son caractère ni à l'examen psychiatrique. Il a analysé l'évolution de la situation, constatant notamment un suivi psychiatrique inchangé depuis une dizaine d'années à raison de deux fois une heure par semaine. S'agissant des plaintes de l'assurée, il a relevé que celle-ci indiquait se sentir psychologiquement capable de travailler à 50 %. S'agissant de la cohérence et de la plausibilité, il a relevé que l'expertisée ne paraissait pas majorer ses plaintes psychiques, que la description des activités quotidiennes était congruente aux plaintes psychiques et que l'atteinte était uniforme dans tous les domaines de la vie. Il a constaté que l'adhérence médicamenteuse était bonne pour la duloxétine et que le suivi psychiatrique intégré était adapté à la

problématique psychiatrique. Au niveau du pronostic, il a estimé que les chances de guérison n'étaient pas inexistantes en théorie, relevant que l'assurée elle-même indiquait se sentir mieux psychologiquement avant son accident d'août 2021, même si la symptomatologie semblait prendre une allure chronique. On constate que la recourante affirme que l'examen clinique psychiatrique ne respecterait pas la grille d'analyse et les indicateurs développés par la jurisprudence, sans toutefois motiver son affirmation et sans s'en prendre concrètement aux constatations précitées. Elle ne démontre pas davantage que les autres médecins auxquels elle se réfère auraient, pour leur part, apprécié sa capacité de travail à la lumière des indicateurs standards. Elle soutient uniquement que l'avis du Médecin_5 irait à l'encontre de celui l'expert psychiatre. Dès lors, son grief tombe à faux.

Par ailleurs et contrairement à l'avis de la recourante, l'appréciation du Médecin_5 n'est pas de nature à remettre en question les constatations de l'expert psychiatre. Comme indiqué précédemment, le Médecin_25 a pris en compte les diagnostics mentionnés par ce médecin et les différents symptômes qu'il décrivait et a expliqué, de manière claire, les raisons pour lesquels ceux-ci ne pouvaient pas être retenus. Par ailleurs, force est de constater que plusieurs d'entre eux avaient déjà été posés avant la précédente décision (trouble obsessionnel-compulsif, troubles dépressifs récurrents épisodes actuels moyens sans syndrome somatique, état de stress post-traumatique [rapport du 21.04.2015 des Médecin_4 et Médecin_5], troubles anxio-dépressifs récurrents complexes avec troubles paniques et phobiques notamment existant depuis 2001 [rapport du 25.04.2014 du Médecin_1]) et le Médecin_3 avait expliqué de manière circonstanciée, dans son rapport d'expertise, les raisons pour lesquelles ceux-ci ne pouvaient pas être confirmés. Si le Médecin_5 soutient que ces pathologies avaient une influence sur la capacité de travail de la recourante, il n'a toutefois pas fait état d'une aggravation de celles-ci postérieurement à la décision litigieuse, hormis s'agissant du retentissement psychologique des problèmes de santé physique, créant des ruminations anxieuses et dépressives réouvrant d'autres éléments traumatiques de son vécu. En outre, le Médecin_5 n'a pas mis en évidence d'élément médical qui auraient été ignorés par les experts, singulièrement par l'expert psychiatre, et fonde ses conclusions relatives à la capacité résiduelle de travail, qu'il estime à 30 % avec une baisse de rendement de 50 %, exclusivement sur les plaintes de sa patiente. En effet, il s'est limité à relever que celle-ci indiquait qu'elle ne pouvait plus tenir son ménage et il en a conclu que cela représentait un retentissement clair sur son fonctionnement global. Par conséquent, à défaut de motivation suffisante, les rapports médicaux du Médecin_5 ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire. Par ailleurs, ce n'est pas parce que ce médecin a eu plus d'entretiens avec la recourante que les experts et qu'il la connaît depuis plusieurs années, que ses rapports médicaux ont une plus grande valeur probante que l'expertise mandatée par l'OAI. Au contraire et comme relevé précédemment, un 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.

On constate que le Médecin_25 a également procédé à une comparaison des situations médicales déterminantes, en relevant qu'aucune péjoration de l'état de santé de la recourante ne diminuait la capacité de travail de 50 % que lui avait reconnue le Médecin_3 en 2016. L'expert-psychiatre a, au contraire, retenu une amélioration du trouble dépressif récurrent, qu'il a qualifié de bénin (6A71.0) au moment de son examen. En effet, le Médecin_25 a observé une femme légèrement dépressive, sans signes dépressifs sévères

comme un ralentissement psychomoteur ou des troubles cognitifs patents. Par ailleurs, bien qu'il ait noté une évolution de la situation médicale, avec une amélioration des troubles dépressifs et l'apparition d'un trouble à symptomatologie somatique / syndrome de détresse physique modéré (6C20.1), il a estimé que la situation était restée stationnaire depuis la dernière décision de l'assurance-invalidité. La recourante soutient qu'il est patent que son état de santé psychique s'est péjoré depuis l'expertise du Médecin_3, compte tenu du fait qu'elle n'aurait plus aucun loisir et qu'elle ne pourrait plus assumer ses charges familiales et son ménage. Or, ses difficultés à assumer les tâches ménagères et ses activités quotidiennes sont des éléments qui ressortent expressément du rapport d'expertise et qui ont dûment été pris en compte et analysés par le Médecin_25. Par ailleurs et contrairement à ce qu'elle allègue, elle dispose toujours d'un certain nombre de loisirs. Elle a, en effet, notamment indiqué à l'expert-psychiatre faire des jeux de société avec ses enfants, écouter de la musique, être partie une semaine en Bosnie avec sa famille et lire deux heures par jour. Ces éléments figurent sous la rubrique «loisirs et hobbies» de l'expertise psychiatrique et elle ne les remet nullement en cause. Si elle estimait que le rapport d'expertise ne reproduisait pas correctement ses déclarations, elle aurait pu alléguer et également demander à écouter l'enregistrement sonore, ce qu'elle n'a pas fait. Elle ne requiert pas non plus sa production au stade du recours.

Finalement, la recourante soutient souffrir d'une «somatisation de son trouble psychique» incapacitante, qui aurait dû être prise en compte par les experts. Or, on relève qu'aucun des médecins consultés n'a fait état d'un tel diagnostic. Si le Médecin_10 a mentionné l'existence d'une dyspnée sur paralysie d'une corde vocale, il n'a pas indiqué ni même soupçonné que ce diagnostic serait en lien avec des problèmes psychologiques. Il en va de même du Médecin_11, qui n'a évoqué aucune cause psychiatrique à cette dyspnée, dans son rapport du 1er décembre 2021. La même analyse peut être faite s'agissant des troubles de l'équilibre et des vertiges d'origine inconnue dont a souffert l'assurée. Si les Médecin_7 et Médecin_8 ont mentionné, dans leur rapport du 18 février 2021, qu'«avec son histoire de dépression, l'assurée était bien à risque de développer des symptômes plutôt fonctionnels», ils n'ont pas attesté que ce diagnostic était en lien avec des problèmes psychologiques. Au contraire, ils ont conclu leur rapport en mentionnant qu'un bilan métabolique pouvait être effectué pour exclure des troubles polyneuropathiques, ce qui indique que d'autres causes à ces symptômes avaient été envisagées. Par ailleurs et contrairement à ce que soutient la recourante, si le Médecin_5 a estimé que l'expert psychiatre ne tenait pas suffisamment compte de l'impact des pathologies somatiques sur l'état de santé psychique de sa patiente, il n'a toutefois fait aucune référence à un éventuel impact des troubles psychiatriques qu'il avait diagnostiqués sur son état de santé physique.

b/dd) La recourante se méprend lorsqu'elle soutient que l'OAI ne mentionne pas quelle activité adaptée elle pourrait être en mesure de réaliser, en relevant que, dans son expertise, le Médecin_3 aurait indiqué qu'une activité de nettoyage était le travail le mieux adapté à sa pathologie mentale. Au demeurant, il convient de rappeler qu'il n'incombe pas à l'administration de désigner le poste ou la fonction qui pourrait correspondre aux limitations présentées par un assuré. Il s'agit uniquement de savoir si, compte tenu de son état de santé, l'assurée est à même d'exercer une activité déterminée sans que l'on ait à rechercher s'il va effectivement trouver un employeur disposé à lui confier ce travail (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité

[AI], 2011, n. 2112). Par ailleurs, la recourante, née en 1980, n'était pas âgée de 55 ans et plus lorsqu'il a été statué sur son droit à une rente, si bien qu'elle ne se trouve pas dans une des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique (cf. arrêt du TF du 08.04.2025 [8C_497/2024] cons. 6.2 et 6.3). Partant, le grief de la recourante selon lequel elle doit bénéficier de mesures d'ordre professionnel avant d'envisager l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, pour lui permettre de s'insérer dans le milieu primaire du travail, tombe à faux.

7.a) La recourante remet ensuite en cause les chiffres de 59'184.73 francs et de 60'016.21 francs fondés sur l'ESS 2020, retenus par l'intimé à titre de revenu sans invalidité et estime que celui-ci aurait dû être arrêté à 70'361.35 francs, correspondant à la moyenne des salaires qu'elle aurait réalisés avant son atteinte à la santé à un taux de 100 % en 2011, 2012 et 2013.

b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide, par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage, ou rencontrait des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts TF du 27.09.2013 [9C_394/2013] cons. 3.3, du 05.01.2009 [9C_238/2008] cons. 3).

c/aa) En l'occurrence et contrairement à ce que soutient la recourante, l'OAI n'a pas pris en compte le dernier revenu qu'elle a réalisé auprès de l'ORIF en qualité d'employée de ménage pour fixer le revenu sans invalidité. Par ailleurs, on ne saurait la suivre lorsqu'elle soutient sans fournir le détail de son calcul que c'est un montant de 70'361.35 francs, correspondant, selon elle, à la moyenne des salaires qu'elle aurait réalisés à un taux de 100 % en 2011, 2012 et 2013, qui doit être retenu. La recourante, au bénéfice d'une formation d'aide en gériatrie, était employée à 80 % en tant qu'aide-infirmière auprès de la fondation B. _____ avant le dépôt de sa deuxième demande du 6 février 2014, ayant abouti à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er août 2014 au 30 juin 2015, puis d'une demi-rente dès le 1er juillet 2015. Elle n'a plus exercé ce métier depuis lors, à savoir depuis plus de treize ans. On relèvera, en effet, qu'il ressort du dossier que le dernier jour de travail effectif de l'assurée a été le 5 juin 2012, celle-ci ayant été ensuite en arrêt de travail en raison d'une grossesse jusqu'au 26 février 2013, puis ayant bénéficié de son solde de vacances jusqu'au 11 avril 2013, date à partir de laquelle elle a été en arrêt de travail pour dépression. Ces considérations justifient que l'on se réfère aux données statistiques pour déterminer le revenu sans invalidité et c'est à bon droit que l'OAI s'est fondé sur les salaires de l'ESS 2020. Dans la mesure où l'assurée avait travaillé en dernier

lieu dans le domaine de la santé, l'OAï a pris pour base le salaire mensuel auquel peuvent prétendre les femmes, conformément au tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2020 à la ligne 86-88 (domaine de la santé) du niveau de compétence 1, à savoir le niveau le plus bas correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples, soit un montant mensuel 4700 francs. Elle a adapté ce montant à l'horaire de travail moyen dans la branche (41,6 heures par semaine) et à l'indice des salaires nominaux (+ 0,2 % en 2021 et + 0,7 % en 2022) pour aboutir à un revenu sans invalidité de 59'184.73 francs par année. S'agissant du calcul du taux d'invalidité à compter du 1er janvier 2024, elle a indexé ce montant de 0,7 % en 2023 et en 2024. Ces montants apparaissent critiquables, dans la mesure où ils ne ressortent pas des statistiques en vigueur au moment où la décision litigieuse a été publiée. On suppose que l'OAï a utilisé les chiffres de 2022 pour les années 2023 et 2024. En effet, en août 2024, le tableau T1.2.20 relatif aux femmes faisait état d'une augmentation de 0,3 % en 2023. Ce montant est par ailleurs confirmé par les statistiques publiées le 22 avril 2025. Il convient, à cet égard, de rappeler la jurisprudence du Tribunal fédéral qui estime que le fait de se fonder sur des statistiques inexistantes au moment de la décision litigieuse, mais nécessairement plus précises que les secondes, ne viole pas le droit fédéral, dans la mesure où il y a lieu de se rapprocher le plus exactement possible du montant que la personne est susceptible d'obtenir sur le marché équilibré du travail (cf. arrêt du TF du 31.03.2011 [9C_673/2010] cons. 3.4). Partant, il convient en l'espèce de tenir compte des chiffres actualisés (tableau T1.2.20, Indice des salaires nominaux, femmes, 2021-2024, publié le 22.04.2025). En indexant le salaire mensuel susmentionné à 0,2 % en 2021, 0,7 % en 2022, 0,3 % en 2023 et 3 % en 2024, on aboutit à un revenu sans invalidité de 61'143.15 francs en 2024 et, partant, à un taux d'invalidité de 63,943 % au 1er janvier 2024.

c/bb) Pour le surplus, on constate que la méthode de calcul de l'invalidité appliquée par l'OAï, de même que le revenu d'invalidité et les taux d'abattement retenus, ne sont pas contestés par la recourante et n'apparaissent pas critiquables dans la mesure où il n'y a, en l'espèce, pas lieu d'aller au-delà des taux d'abattement prévus à l'article 26bis al. 3 RAI (teneurs en vigueur aux 01.01.2022 et 01.01.2024 [ATF 150 V 410]), si bien qu'il peut être renvoyé sur ces points à la décision litigieuse.

c/cc) Il s'ensuit qu'une rente de 64 % (taux de 63,943 % arrondi [ATF 130 V 121]) est allouée à la recourante à partir du 1er janvier 2024.

8. Le dossier ayant été suffisamment instruit par l'autorité intimée sur les questions ci-avant (cf. art. 43 LPGa), la mise en œuvre d'une expertise judiciaire comprenant un volet médecine interne, neurologie, psychiatrie-psychothérapie et médecine physique et réadaptation, telle que sollicitée par la recourante ne saurait être exigée. Par conséquent, la Cour de céans rejette, par appréciation anticipée de preuve (ATF 145 I 167 cons. 4.1), la réquisition de l'intéressée allant dans ce sens.

9. Pour les motifs qui précèdent, la décision du 24 octobre 2024 doit être réformée, en ce sens que c'est une rente de 64 % qui doit être allouée à l'assurée à partir du 1er janvier 2024, ce prononcé étant confirmé pour le surplus. Le recours est ainsi très partiellement fondé, l'intéressée succombant pour l'essentiel. Vu l'issue du litige, les frais de procédure doivent être mis à la charge de la recourante (art. 61 let. f bis LPGa en relation avec l'art. 69 al. 1 bis LAI), qui n'a par ailleurs pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa, a contrario).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet très partiellement le recours.

2. Réforme la décision du 24 octobre 2024 en ce sens qu'■ à partir du 1er janvier 2024, l'■ assurée a droit à une rente de 64 %.

3. Met à la charge de la recourante les frais de procédure par 660 francs, montant compensé par son avance.

4. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 20 janvier 2026

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.