

# NE\_GERICHTE CDP.2025.109 vom 27. März 2026

NE Tribunal cantonal, 2026-03-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2025.109](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.109)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2025.109 du 27 mars 2026

IT: NE\_GERICHTE CDP.2025.109 del 27 marzo 2026

## Erwägungen

### E. 30

avril 2023, puis a supprimé tout droit à la rente à compter du 1er mai 2023, au motif que son degré d'invalidité s'élève à, respectivement, 57 % et 32 % pour les deux dernières périodes mentionnées.

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). Selon l'article 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 %, à une demi-rente, un taux de 60 %, à trois quarts de rente et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31.12.2021). Selon l'article 28b LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2022, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). L'alinéa 4 détermine la quotité de la rente pour un taux d'invalidité entre 40 % et 49 %.

Pour le groupe «Jeunes adultes» (personnes nées entre 1992 et 2003), la quotité de la rente déterminée selon le système par paliers de quarts de rentes prévu par l'ancien droit (let. b al. 1, 2 et 3 disp. trans. LAI) reste garantie jusqu'au moment où, lors d'une révision (sous réserve des révisions au sens des dispositions transitoires de l'art. 26bisal. 3 RAI), leur

taux d'invalidité subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (cf. art. 17 al. 1 LPGA) et que cette modification comporte notamment une diminution du taux d'invalidité qui a pour effet une diminution de la quotité de la rente (circ. DT DC AI, ch. 2004).

b) Aux termes de l'article 17 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Dès le 1er janvier 2022, 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). Tout changement important des circonstances propre 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 révisée 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). Un motif de révision au sens de l'article 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 cons. 5). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (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 145 V 209 cons. 5.3 et 131 V 164 cons. 2.2; arrêt du TF du 05.01.2021 [9C\_244/2020] cons. 2.2), 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). 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 (1<sup>ère</sup> 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 (2<sup>ème</sup> phrase). Enfin, le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'office AI (arrêt du TF du 15.04.2021 [8C\_510/2020] cons. 2.2 et les réf. cit.).

4.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 recours, a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable, voire incapable, de travailler. En outre, les données fournies par le médecin 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 réf. cit.).

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 (ATF 142 V 106 cons. 4.3 et 4.4).

b) 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 réf. cit.).

c) 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<sup>e</sup>éd., 2018, p. 31 ss).

c/aa) 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 réf. cit.). 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/bb) Concernant les SMR, ceux-ci évaluent, en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 59 al. 2bis LAI (art. 54a al. 2 et 3 LAI; en vigueur dès le 01.01.2022), 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'Office fédéral. Selon une jurisprudence constante, les rapports réalisés par les SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et art. 59 al. 2bis LAI; en vigueur jusqu'au 31.12.2021) 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 et il est admissible que l'OAI 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 135 V 465 cons. 4.6).

c/cc) 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 réf. cit.).

d) Il convient encore de citer les dispositions applicables à l'organisation d'une expertise indépendante en vigueur depuis le 1er janvier 2022 (voir l'annexe, ch. 1 de la loi fédérale du 19 juin 2020 [Développement continu de l'AI], en vigueur depuis le 1er janvier 2022

[RO 2021 705; FF 2017 2363]). Si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Sauf avis contraire de l'assuré, les entretiens entre l'assuré et l'expert font l'objet d'enregistrements sonores, lesquels sont conservés dans le dossier de l'assureur (art. 44 al. 6 LPGa). L'entretien au sens de l'article 44 al. 6 LPGa comprend l'ensemble de l'entrevue de bilan. Celle-ci inclut l'anamnèse et la description, par l'assuré, de l'atteinte à sa santé (art. 7k al. 1 OPGA). Lorsqu'il annonce une expertise, l'assureur doit informer l'assuré que l'entretien fera l'objet d'un enregistrement sonore au sens de l'article 44 al. 6 LPGa, du but de l'enregistrement, ainsi que de la possibilité d'y renoncer (art. 7k al. 2 OPGA). L'enregistrement sonore doit être réalisé par l'expert conformément à des prescriptions techniques simples. Les assureurs garantissent l'uniformité de ces prescriptions dans les mandats d'expertise. L'expert veille à ce que l'enregistrement sonore de l'entretien se déroule correctement sur le plan technique (art. 7k al. 5 OPGA). L'assuré et l'expert doivent tous deux confirmer oralement le début et la fin de l'entretien au début et à la fin de l'enregistrement sonore, en précisant l'heure. Ils confirment de la même manière toute interruption de l'enregistrement (art. 7k al. 6 OPGA). Si l'assuré, après avoir écouté l'enregistrement sonore et constaté des manquements techniques, conteste le caractère vérifiable de l'expertise, l'assuré et l'organe d'exécution tentent de s'accorder sur la suite de la procédure (art. 7k al. 8 OPGA). Le Conseil fédéral a volontairement renoncé à définir les conséquences d'un enregistrement défectueux, estimant qu'il était impossible de prévoir toutes les situations qui pourraient survenir. En effet, il convient d'admettre que le champ des situations qui pourront se présenter est particulièrement vaste. En tout état de cause, il s'agira d'examiner, au cas par cas, la portée du défaut technique sur la valeur probante de l'expertise. En présence d'un défaut mineur peu susceptible d'influencer les conclusions de l'expertise, il ne se justifiera guère d'invalider l'expertise. En revanche, en présence d'un défaut majeur, il n'y aura guère d'autre choix que d'invalider l'expertise et de requérir la réalisation d'une nouvelle expertise (Piguet, in : Commentaire romand LPGa, 2025, 2<sup>e</sup>éd., n° 29 ad art. 44).

5.a) En l'espèce, l'aggravation de l'état de santé de l'assurée ayant conduit l'OAI à lui octroyer une rente entière d'invalidité entre le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et le 30 avril 2021 n'est pas contestée, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir. Le litige porte dès lors uniquement sur la diminution, dès le 1<sup>er</sup> mai 2021, puis la suppression, dès le 1<sup>er</sup> mai 2023, de la rente d'invalidité de l'assurée. A cet égard, la décision litigieuse repose sur les rapports d'expertise des Drs C.\_\_\_\_\_ (01.01.2021) et G.\_\_\_\_\_ (14.12.2023) que l'OAI a jugé convaincants en se fondant sur l'appréciation du SMR (avis médicaux des 29.01.2021, 03.01., 22.05., 28.08 et 22.11.2024). Pour sa part, la recourante reproche essentiellement à l'autorité intimée de s'être fondée sur le rapport d'expertise de la Dre G.\_\_\_\_\_, dont elle conteste la valeur probante. Elle réfute l'existence d'un motif de révision au 1<sup>er</sup> mai 2023, en particulier l'affirmation selon laquelle son état de santé se serait amélioré à cette date. Elle soutient que l'OAI s'écarte des conclusions de l'expertise médicale, laquelle fixe l'amélioration de son état de santé au 5 décembre 2023. Elle relève, en outre, que cette expertise est, quoi qu'il en soit, dénuée de toute force probante, dès lors qu'elle repose sur une appréciation médicale divergente. Se prévalant des avis concordants de ses médecins traitants, elle affirme que son état de santé ne s'est pas amélioré. S'agissant du déroulement de l'expertise, elle fait valoir que l'enregistrement sonore aurait été interrompu sans que cette circonstance ne soit

consignée, et que l'examen se serait déroulé dans des conditions traumatisantes. Elle signale par ailleurs diverses inexactitudes dans le rapport d'expertise, notamment quant à son âge et aux motifs de son licenciement. Elle reproche en outre à l'experte d'avoir écarté l'existence d'un signe de Lasègue, alors que les Drs E. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, neurologue traitant, l'ont, pour leur part, qualifié de positif. Au regard des avis médicaux de ses médecins traitants, elle estime que l'OAI aurait dû retenir une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le 1er mai 2023. Au vu de ces arguments, il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise de la Dre G. \_\_\_\_\_, puis d'évaluer si l'argumentation de la recourante peut receler un indice concret permettant de mettre en question la valeur et le bien-fondé des éléments sur lesquels repose la décision attaquée.

b/aa) D'un point de vue formel, la Cour de céans constate que le rapport d'expertise du 14 décembre 2023, ainsi que son complément du 14 août 2024, comprennent une évaluation synthétisant les résultats d'examens sur le plan rhumatologique. Dans les appréciations concernant son domaine de spécialité et prenant en compte l'ensemble des pièces médicales pertinentes au dossier, ainsi que les plaintes formulées par l'assurée, l'experte a procédé à une anamnèse détaillée et a dressé des status complets découlant de ses propres investigations cliniques. Nonobstant les allégations de la recourante, le fait que l'expertise ait débuté avec un retard de trente minutes est dénué de pertinence pour l'appréciation de la valeur probante formelle du rapport établi par la Dre G. \_\_\_\_\_. Au demeurant, on peine à discerner la portée du grief ainsi soulevé et son éventuelle incidence sur l'issue du litige.

S'agissant du grief relatif au déroulement de l'examen clinique et au fait que l'experte en aurait coupé certains passages, on rappellera que seuls les entretiens entre l'expert et la personne assurée doivent faire l'objet d'enregistrement sonores (cf. art. 44 al. 6 LPGA). La partie consacrée aux examens cliniques, psychologiques ou neuropsychologiques n'est, en revanche, pas soumise à une telle exigence (cf. Piguët, op. cit. n° 29a ad art. 44). Le fait que l'examen clinique n'ait pas été enregistré ne constitue dès lors pas une irrégularité et ne saurait remettre en cause la valeur probante formelle de l'expertise. Au demeurant, après avoir procédé à l'écoute intégrale de l'enregistrement audio versé au dossier (démarche déjà effectuée par le SMR (cf. avis médical du 28.08.2024) ), la Cour de céans ne relève aucun élément objectif permettant d'accréditer l'hypothèse d'une interruption ou d'une altération de celui-ci. Aucun indice concret ne permet ainsi de retenir que certains passages auraient été retranchés, contrairement à ce que soutient la recourante. À supposer même que cette allégation fût fondée, elle n'en déduit aucune conséquence concrète pour l'issue du litige, la recourante n'indiquant pas quels éléments pertinents (notamment des plaintes spécifiques ou des circonstances susceptibles d'influer sur l'appréciation de sa capacité de travail) auraient été omis.

Finalement, l'experte a procédé à un examen personnel de l'assurée. Les conclusions de cette spécialiste, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont étayées, s'avèrent compréhensibles et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques. Le fait qu'elle ait indiqué, par erreur, que l'assurée avait 31 ans au lieu de 30 n'affecte en rien l'évaluation de sa capacité de travail. Il en va de même du motif ayant conduit à son licenciement en 2019, qui reste sans incidence sur l'appréciation médicale. Le rapport d'expertise respecte ainsi les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante des documents médicaux (cf. arrêt du TF du

09.01.2015 [9C\_618/2014] cons. 6.1), de sorte qu'il n'y a a priori aucune raison de l'écarter.

b/bb) Sur le plan matériel, l'experte a retenu les diagnostics incapacitants de : lombalgies dans un contexte post-opératoire de hernie discale L5-S1 volumineuse paramédiane gauche, luxée vers le bas, première intervention le 18 février 2019; de récurrence de hernie discale en mai 2019, deuxième intervention le 8 juillet 2019 et de sciatalgie S1 gauche probablement intermittente au décours ce jour; diminution de la flexion plantaire M4+++, présence du réflexe achilléen symétrique; les tests de sensibilité dans le dermatome S1 sont aléatoires et sujets à caution. Elle a indiqué que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était de 50 %, dès le 5 janvier 2021 (expertise du Dr C. \_\_\_\_\_), puis de 70 %, au moins dès le 5 décembre 2023 (date de l'expertise). On relèvera que l'experte, pour parvenir aux diagnostics retenus, a pris en compte les plaintes de l'assurée et les a confrontées à ses constatations objectives; elle a également pris soin d'exposer les motifs pour lesquels elle retenait certains diagnostics et en rejetait d'autres. A cet égard, on constate qu'elle fonde ses conclusions sur des éléments objectifs, se référant notamment à l'IRM réalisée en juillet 2023 pour retenir qu'aucun élément ne plaide en faveur d'une compression des racines de la queue de cheval. De même, s'agissant du statut neurologique et plus particulièrement de l'examen des membres inférieurs, l'experte se fonde sur les constatations issues de son examen clinique pour indiquer que la marche de l'assurée sur les talons et sur la pointe des pieds apparaît quelque peu caricaturale. Dans ces conditions, le fait qu'elle relève une exagération de certains symptômes ou estime que certaines plaintes ne concordent pas avec les résultats de l'examen clinique ne permet pas de démontrer un parti pris, contrairement à ce que soutient l'assurée. Qu'une expertise aboutisse à des conclusions défavorables n'implique pas de facto que les plaintes de l'assurée aient été minimisées. Dans le cas présent, cela reflète plutôt une appréciation clinique indépendante, fondée sur des constatations objectives.

S'agissant ensuite de l'existence d'un signe de Lasègue et de l'absence de réflexe achilléen gauche retenus par les médecins traitants et plaidant en faveur d'une sciatalgie, le SMR a indiqué que les rapports médicaux des Drs F. \_\_\_\_\_ (du 10.04.2024), I. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant (du 11.04.2024), et E. \_\_\_\_\_ (du 12.04.2024) à l'attention de la mandataire de l'assurée indiquaient de manière similaire des signes cliniques de sciatalgies S1 selon des examens réalisés en avril 2024. Il a conclu que le recueil des plaintes, la documentation d'une journée-type et l'examen clinique objectif de la Dre G. \_\_\_\_\_, lors de son examen en décembre 2024 (recte: 2023), n'apparaissent pas très différents de ceux des rapports médicaux des médecins traitants de l'assurée en avril 2024, hormis une discussion autour d'un réflexe achilléen gauche qui serait de nouveau aboli en avril 2024, ce qui ne peut isolément constituer un argument de discussion de la capacité de travail exigible, dans un contexte où l'experte rhumatologue a retenu comme possible la survenue de sciatalgies S1 au décours (cf. avis médical du 22.05.2024). Après avoir soumis les rapports médicaux précités des médecins traitants à l'experte, celle-ci a indiqué avoir constaté la présence du réflexe achilléen durant son expertise et que sans autre atteinte neurologique, ce réflexe ne pouvait pas être trouvé puis non trouvé (cf. rapport d'expertise complémentaire). A cet égard, on relèvera que les rapports des neurologues traitants figurant au dossier ne font pas état d'une quelconque éventuelle autre atteinte neurologique existante qui expliquerait pourquoi le réflexe achilléen aurait été trouvé, puis

non trouvé. Le Dr H. \_\_\_\_\_ ne diagnostique pas, dans son rapport médical du 9 octobre 2024, d'éventuelles autres atteintes neurologiques, mais se limite à indiquer un status post décompression radiculaire incomplète L5/S1G. Par ailleurs, l'experte explique que, lors de l'examen clinique, la palpation du tendon d'Achille déclenche un retrait vif à cause de douleurs importantes, alors que l'examen ne montre aucune anomalie. Elle ajoute que cette réaction est incompréhensible. Se référant au rapport de la Clinique B. \_\_\_\_\_, elle précise que les médecins indiquaient que le releveur du pied gauche était normal, si bien qu'il n'y avait également pas, selon l'experte, d'abolition du réflexe achilléen lors de cet examen clinique (cf. rapport d'expertise complémentaire). C'est dès lors, de manière convaincante que l'experte a expliqué les raisons pour lesquelles elle retient qu'il n'y a pas d'abolition du réflexe achilléen.

La Dre G. \_\_\_\_\_ a également considéré que le test de Lasègue constituait un faux positif (cf. rapport d'expertise). Elle précise à cet égard que ce test est décrit comme positif aux alentours de 50° à gauche, alors qu'il était négatif lorsque l'assurée était assise au bord de la table, le genou en extension complète (cf. rapport d'expertise). L'assurée y voit une incohérence et soutient que l'ensemble des médecins consultés avant et après l'expertise ont constaté un Lasègue positif. Toutefois, une telle divergence ne saurait être qualifiée d'incohérence. En effet, ces deux manœuvres examinent la mise en tension du nerf sciatique selon des modalités différentes mais reposent sur le même principe biomécanique. Lorsque l'irritation radiculaire est réelle, la douleur radiculaire apparaît vraisemblablement de manière concordante dans ces différentes positions. Le fait qu'un Lasègue soit déclaré positif en position couchée, alors qu'aucune douleur n'est déclenchée lorsque la jambe est étendue en position assise, constitue précisément un élément pouvant conduire le médecin à suspecter un faux positif. L'appréciation de l'experte, qui retient l'absence de concordance entre ces manœuvres, s'inscrit ainsi dans une analyse clinique visant à vérifier la cohérence des signes radiculaires et ne saurait, à elle seule, être tenue pour contradictoire. Interrogée par l'OAI, l'experte s'est déterminée sur les rapports médicaux invoqués par la recourante (cf. rapports des Drs I. \_\_\_\_\_ du 11.04.2024, F. \_\_\_\_\_ du 10.04.2024 et E. \_\_\_\_\_ du 12.04.2024). Elle explique que la pression exercée sur les points d'émergence des racines S1 et L5 est indolore, ce qui constitue un élément significatif permettant d'exclure une sciatalgie S1 ou L5 (cf. rapport d'expertise complémentaire). Elle relève par ailleurs que ni le Dr E. \_\_\_\_\_ ni le Dr F. \_\_\_\_\_ n'ont procédé à la palpation de ces points d'émergence. L'experte mentionne en outre que, lors du séjour de l'assurée à la Clinique B. \_\_\_\_\_ du 2 au 20 janvier 2020, le test de Lasègue s'était également révélé être négatif, lors de l'examen d'entrée (cf. rapport d'expertise complémentaire). Dans ce contexte, elle s'interroge sur la mention, dans l'examen clinique réalisé par le Dr E. \_\_\_\_\_ le 31 janvier 2020 ■ soit dix jours après la fin du séjour de réadaptation ■ d'un Lasègue positif à 45° à gauche (cf. rapport médical du 31.10.2020), et sur les raisons susceptibles d'expliquer une telle divergence. Elle ajoute enfin qu'en présence d'un Lasègue positif à 30°, il est pratiquement impossible pour un patient de demeurer assis durant une heure, même en changeant de position. Or, il ressort du rapport d'expertise que l'assurée est en mesure de conduire pendant environ une heure et qu'elle a pu rester assise durant l'entretien d'expertise pendant plus d'une heure sans se lever (cf. rapport d'expertise).

Par conséquent, les avis médicaux des médecins traitants de l'assurée ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de l'expertise de la Dre G. \_\_\_\_\_. A l'instar du

SMR (avis médical du 22.11.2024), on constate qu'ils n'exposent pas en quoi les symptômes qu'ils décrivent commanderaient la reconnaissance de limitations fonctionnelles supplémentaires, ni pour quels motifs l'évaluation de la capacité de travail devrait s'écarter de manière aussi significative de celle retenue par l'experte. A ce titre, on relèvera que le Dr F.\_\_\_\_\_ indique que malgré le fait que la Dre G.\_\_\_\_\_ semble avoir fait un examen approfondi d'un point de vue médical, il ne pouvait pas expliquer toutes ces discordances rapportées (cf. rapport médical du 09.10.2024). Si le Dr E.\_\_\_\_\_ est d'avis que la capacité de travail est de 50 % dans une activité adaptée, il s'agit comme l'a relevé à juste titre le SMR d'une appréciation différente d'un même état de fait. En outre, il ne fait pas état d'éléments qui auraient été ignorés par l'experte. Quant au Dr H.\_\_\_\_\_, on constatera qu'il ne se prononce pas, dans son rapport du 9 octobre 2024, sur la capacité de travail de la recourante. Ceci étant, contrairement à ce qui pourrait être retenu, l'experte n'a pas écarté le diagnostic de sciatalgie S1 gauche. Elle relève certes un faux positif de signe de Lasègue et la présence d'un réflexe achilléen symétrique, mais elle retient néanmoins comme diagnostic incapacitant une sciatalgie S1 gauche probablement intermittente au jour de l'examen, associée à une diminution de la flexion plantaire (M4+++). Elle précise par ailleurs que les tests de sensibilité dans le dermatome S1 sont aléatoires et sujets à caution, élément dont elle a tenu compte dans son appréciation de la capacité de travail (cf. rapport d'expertise complémentaire). Ainsi, l'experte n'a pas exclu ce diagnostic, mais a considéré que la sciatalgie présentait vraisemblablement un caractère intermittent.

c) Il résulte de ce qui précède que la recourante n'a pas présenté d'indices concrets permettant de remettre en question la valeur probante de l'expertise rhumatologique de la Dre G.\_\_\_\_\_, de son complément du 14 octobre 2024 et le bien-fondé de leurs conclusions. Il y a ainsi lieu de confirmer que la capacité de travail de l'assurée est de 50 %, depuis le 5 janvier 2021, et de 70 %, au moins dès le 5 décembre 2023 (date de l'expertise).

6. Il convient encore de déterminer si l'OAI a correctement fixé l'amélioration de l'état de santé de la recourante au 1er mai 2023, entraînant, dès cette date, la suppression de son droit à la rente. Dans son rapport d'expertise, la Dre G.\_\_\_\_\_ retient une amélioration de l'état de santé, indiquant que la capacité de travail de l'assurée augmente à 70 %, au moins dès le 5 décembre 2023 (date de l'expertise). Cette amélioration est motivée par le fait que lors de l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ (05.01.2021), l'assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la date de l'expertise; qu'elle prenait un traitement médical chargé comparé à celui pris en décembre 2023; qu'elle avait un suivi physiothérapique une fois par semaine, de la chiropraxie toutes les deux semaines et ne faisait aucune activité sportive. Elle explique notamment que lors de l'expertise, l'intéressée a indiqué pouvoir nager 45 minutes la brasse et le crawl, à raison de deux fois par semaine (cf. rapport d'expertise et rapport d'expertise complémentaire). La recourante conteste cet élément. Ceci étant, à la question de l'experte de savoir si elle nage la brasse et le crawl lorsqu'elle se rend à la piscine, l'assurée répond : «les deux» (cf. enregistrement de l'expertise, à 2:50:49). Pour sa part, l'OAI est d'avis que l'exigibilité fixée par l'experte vaut déjà à l'issue des mesures de réadaptation mises en place (31.01.2022 au 30.04.2023). Il précise que, durant lesdites mesures, une augmentation de la capacité de travail avait déjà été constatée puisque, dans un premier temps, l'assurée exerçait à 40 % avant d'augmenter à 50 % dès le 1er avril 2022. L'état de santé de l'intéressée est ensuite resté le même depuis

son engagement en mai 2023 et jusqu'à l'expertise de la Dre G. \_\_\_\_\_, sans amélioration dans l'intervalle (notice du juriste de l'OAI du 09.01.2024). Cette appréciation ne saurait toutefois être suivie. Elle entre en effet en contradiction avec les avis médicaux figurant au dossier. Le SMR a précisément indiqué qu'il n'avait pas été médicalement possible pour la Dre G. \_\_\_\_\_ de déterminer avec certitude une date d'amélioration antérieure au 5 décembre 2023. Sur cette base, il a retenu que la capacité de travail dans une activité adaptée s'élevait à 70 % depuis cette date (avis médicaux des 03.01 et 22.11.2024). On rappellera à cet égard que le fardeau de la preuve quant à une amélioration de la capacité de travail incombe à l'office AI (cf. arrêt du TF du 15.04.2021 [8C\_510/2020] cons. 2.2 et les réf. cit.). Or, le fait que la recourante ait exercé une activité à 40 % du 31 janvier au 31 mars 2022, avant d'augmenter son taux d'activité à 50 % dès le 1er avril 2022, ne permet pas, à lui seul, de conclure au degré de la vraisemblance prépondérante à une amélioration de son état de santé à l'issue des mesures de réadaptation. Par ailleurs, si le Dr C. \_\_\_\_\_ préconisait qu'un réexamen de la situation intervienne à l'issue d'un délai d'une année, en vue d'envisager, le cas échéant, une augmentation de la capacité de travail pouvant atteindre un taux maximal de 70 %, il n'est pas établi sur le plan médical qu'une telle hypothèse se soit effectivement réalisée. Au contraire, il ressort du dossier que l'assurée a d'abord exercé une activité à 40 % auprès de l'ORIF, avant d'augmenter son taux d'activité à 50 %. Ces taux correspondent précisément à l'évaluation retenue dans l'expertise, laquelle fixait la capacité de travail à 50 % depuis le 5 janvier 2021. Au demeurant, d'un point de vue médical, tant l'experte dont la valeur probante du rapport d'expertise a été confirmée ci-avant (cf. cons. 5) que le SMR ont, face aux incertitudes subsistant quant à l'amélioration de l'état de santé, retenu la date du 5 décembre 2023. Dans ces circonstances, l'OAI ne démontre pas à satisfaction que l'assurée aurait déjà recouvré une capacité de travail de 70 % à l'issue des mesures de réadaptation. Cette conclusion est d'autant plus corroborée par le fait que l'ORIF a indiqué qu'un taux supérieur à 50 % ne serait pas tenable pour l'assurée (cf. rapport du 28.04.2022). Par surabondance, les autres éléments sur lesquels la Dre G. \_\_\_\_\_ fonde son appréciation d'une amélioration de l'état de santé à savoir la mise en place d'un traitement médicamenteux moins lourd que celui suivi auparavant, un suivi physiothérapeutique hebdomadaire et chiropraxique bimensuel, ainsi que la reprise d'une activité sportive ne permettent pas davantage de conclure à une amélioration au moment retenu par l'OAI. Il n'est en effet nullement établi que ces circonstances existaient déjà à l'issue des mesures de réadaptation. Il y a, par conséquent, lieu de s'en tenir à la date mentionnée par l'experte, soit le 5 décembre 2023, confirmée par le SMR, pour admettre une amélioration de l'état de santé de la recourante.

7. Il reste à déterminer si les degrés d'invalidité de 57 % et de 32 % calculés par l'intimé sont conformes à l'article 16 LPGa et peuvent être confirmés.

a/aa) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 ordinaire de la comparaison des revenus; ATF 137 V 334 cons. 3.1.1; arrêt du TF

du 03.09.2024 [8C\_171/2024] cons. 3.1).

a/bb) Pour déterminer le revenu sans invalidité, il faut établir quel salaire la personne assurée aurait effectivement réalisé sans atteinte à la santé, selon le degré de la vraisemblance prépondérante. Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le salaire réalisé en dernier lieu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et en l'adaptant, si nécessaire, au renchérissement et à l'évolution réelle des revenus (Moser-Szeless, in : Commentaire romand LPGA, 2025, 2e éd., n° 17 ad art. 16; ATF 139 V 28 cons. 3.3.2). Le revenu déterminant correspond au salaire brut, y compris le 13<sup>e</sup> salaire et tous les éléments de rémunération qui sont soumis aux cotisations de l'AVS/AI. Dès lors, toute rémunération qui correspondrait au revenu déterminant selon la LAVS entre en principe en ligne de compte. Le revenu sans invalidité comprend ainsi des indemnités versées pour un travail en équipe (Moser-Szeless, op. cit., n° 20 ad art. 16). Pour chiffrer le revenu obtenu dans l'activité exercée en dernier lieu avant la survenance de l'invalidité, on se fondera avant tout sur les indications fournies par l'ancien employeur. Les données concrètes recueillies auprès de l'ancien employeur sur le revenu hypothétique sans invalidité au moment déterminant prennent le pas sur l'indexation de salaires antérieurs (Moser-Szeless, op. cit., n° 24 ad art. 16).

a/cc) Le revenu avec invalidité correspond quant à lui au revenu que la personne assurée pourrait réaliser malgré son atteinte à la santé en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de sa part (Moser-Szeless, op. cit., n° 28 ad art. 16). Lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative, ou alors une activité ne lui permettant pas de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut notamment être évalué grâce aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique. En matière d'assurance-invalidité, le recours aux données de l'ESS pour déterminer le revenu avec invalidité est expressément prévu par l'article 26bis al. 2 RAI (en relation avec l'art. 25 al. 3 RAI), lorsque la personne assurée ne réalise pas de revenu déterminant. Lorsque l'on se réfère à de telles statistiques, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés versés dans une branche économique déterminée ou une partie de celle-ci, en principe du secteur privé, qui sont classés en fonction de divisions économiques, du niveau des qualifications requises pour le poste de travail et du sexe. En règle générale, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1\_tirage\_skill\_level, valeur centrale ou médiane, secteur privé (jusqu'en 2011, tableau TA1), des données statistiques les plus récentes pour l'année considérée (ATF 148 V 174 cons. 6.2 et les arrêts cités). Ces salaires mensuels sont calculés sur la base d'un horaire hebdomadaire de 40 heures, si bien qu'ils doivent être adaptés à l'horaire hebdomadaire moyen de l'année considérée (Moser-Szeless, op. cit., n° 33, 33b, 34 et 34a ad art. 16). De plus, il y a lieu d'utiliser les données statistiques les plus récentes, en les indexant le cas échéant sur l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux jusqu'à la naissance du droit à la rente (ATF 143 V 295 cons. 2.3 et 4.1.7; arrêt du TF du 19.10.2020 [8C\_732/2019] cons. 3.3). Sont déterminantes les données statistiques qui ont fait l'objet d'une publication au moment de la décision administrative (arrêt du TF du 06.07.2016 [9C\_699/2015] cons. 5.2). Pour l'évolution des salaires, il y a lieu de distinguer les sexes et d'appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408 cons. 3.1.2).

Pour déterminer le revenu d'invalidité, les salaires fixés sur la base des données statistiques de l'ESS peuvent, à certaines conditions, faire l'objet d'un abattement de 25 % au plus. Selon la jurisprudence, le taux de réduction 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). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (arrêt du TF du 19.10.2020 [8C\_732/2019] cons. 3.4). Les mêmes facteurs étrangers à l'invalidité déjà pris en considération lors de la mise en œuvre du parallélisme des revenus à comparer ne peuvent pas être pris en compte une seconde fois lors de la déduction pour circonstances personnelles et professionnelles. En règle générale, l'abattement sera alors déterminé en fonction des seules limitations liées au handicap (Moser-Szeless, op. cit., n° 36 ad art. 16). Une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêt du TF du 26.04.2022 [8C\_608/2021] cons. 4.3.1). Quant à l'absence d'expérience et de formation, elle ne joue pas de rôle lorsque le revenu d'invalidité est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes et les femmes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1 (arrêt du TF du 17.02.2022 [8C\_659/2021] cons. 4.3.2). Par ailleurs, ces activités non qualifiées sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur un marché du travail équilibré, de sorte que les effets pénalisants au niveau salarial induits par l'âge ne peuvent pas être considérés comme suffisamment établis (arrêt du TF du 26.04.2022 [8C\_608/2021] cons. 4.3.2).

b/aa) En l'occurrence, pour la période du 1er mai 2021 au 30 avril 2023, l'OAI a arrêté le revenu sans invalidité de l'assurée à 55'985 francs en tenant compte du gain annuel qu'elle aurait réalisé en 2021 dans la profession d'opératrice en horlogerie ([CHF 4'145 x 13 mois] + [CHF 175 x 12 mois]). Il a retenu un revenu avec invalidité de 24'216.17 francs (calculé sur la base de l'ESS, année de référence 2020 et indexé pour 2021), si bien que la perte de revenu se chiffre à 31'768.83 francs. Dans ces circonstances, le taux d'invalidité a été fixé à 57 % (CHF 31'768.83 / CHF 55'985 x 100). La recourante conteste le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, arguant que le salaire annuel qu'elle aurait perçu se monte à 67'220 francs ([CHF 4'400 x 13 mois] + [CHF 660 x 12 mois; prime d'équipe] + [CHF 175 x 12 mois; participation à l'assurance-maladie]). Faisant valoir que son degré d'invalidité serait ainsi de 64 % (CHF 43'003.83 [CHF 67'220 - 24'216.17] / CHF 67'220 x 100), elle estime avoir droit à trois-quarts de rente d'invalidité entre le 1er mai 2021 et le 30 avril 2023. La question ici litigieuse est de savoir s'il y a lieu de tenir compte de la prime d'équipe dans le revenu sans invalidité de l'assurée, ainsi que celle-ci le soutient. Tout d'abord, il convient de rectifier la période concernée au vu de ce qui a été exposé ci-dessus au considérant 6, à savoir que celle-ci s'étend non pas du 1er mai 2021 au 30 avril 2023 comme retenu par l'OAI, mais du 1er mai 2021 au 31 mars 2024 (soit 3 mois après la récupération d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée [art. 88a al. 1 RAI]). Il ressort de la liste concernant les données salariales (cf. courriel du 06.02.2024) transmises par l'ancien employeur de l'assurée, qu'elle aurait perçu en 2021, en qualité d'opératrice en horlogerie, un salaire mensuel de 4'145 francs, auquel s'ajoute une participation à la caisse maladie de 175 francs et 622 francs de prime d'équipe. Le revenu sans invalidité pour cette période se chiffre ainsi à 63'449 francs ([CHF 4'145 x 13 mois] +

[CHF 175 x 12 mois] + [CHF 622 x 12 mois]). Il faut relever que c'est à tort que l'OAI n'a pas tenu compte de la prime d'équipe dans le revenu sans invalidité (cf. cons. 7 a/bb ci-avant), au motif que rien n'indique à la lecture des limitations fonctionnelles que l'assurée ne pourrait plus travailler en équipe et que c'est même assez courant dans le domaine du contrôle qualité de percevoir une telle prime. Par ailleurs, au vu de ce qui précède, il ne peut être reproché à l'assurée de ne pas avoir mis en œuvre toute la capacité résiduelle de travail reconnue en exerçant une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles lui donnant droit à une prime d'équipe (cf. cons. 6 ci-avant). Le revenu avec invalidité, calculé sur la base de l'ESS 2020, n'est pas contesté par la recourante. Celui-ci est de 24'216.17 francs (ligne totale, niveau 1 [tâches physiques ou manuelles simples], pour une femme, à savoir CHF 4'276 pour une personne sans formation particulière, multiplié par 12 pour l'annualiser, ajusté à l'horaire hebdomadaire standard de 41,7 heures, à savoir divisé par 40 heures puis multiplié par 41,7 heures, indexé à 2021 [0,6 %; T1.2.20 indice des salaires nominaux, femmes, 2021-2024], adapté à la capacité de travail de 50 % et réduit de 10 % pour tenir compte de l'abattement au vu du rendement diminué). Cela étant, la perte de revenu est de 39'232.83 francs, de sorte que le degré d'invalidité est de 61,83 %, arrondi à 62 % (CHF 39'232.83 / 63'449.00 x 100). Ce taux d'invalidité donne droit à l'assurée à trois-quarts de rente entre le 1er mai 2021 et le 31 décembre 2023 (cf. art. 28 al. 2 LAI en vigueur jusqu'à 31.12.2021). Pour le reste de la période concernée, soit à compter du 1er janvier 2024, il convient de tenir compte de la déduction forfaitaire de 20 %, conformément à l'article 26bis al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2024, puisque l'assurée présentait entre la date précitée et le 31 mars 2024, une capacité fonctionnelle de 50%. Le revenu sans invalidité pour cette période demeure inchangé à 67'220 francs ([CHF 4'400 x 13 mois] + [CHF 175 x 12 mois] + [CHF 660 x 12 mois]). Le revenu avec invalidité doit se calculer sur les données statistiques ESS 2022, publiées le 29 mai 2024, soit antérieurement à la décision querellée, puisque le contrat de travail de l'assurée auprès de l'entreprise D. \_\_\_\_\_ Sàrl a pris fin le 31 décembre 2023. Si la recourante avait certes repris une activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, force est de constater qu'elle ne l'exerce plus en 2024. Il convient ainsi de retenir le revenu d'invalidité de 24'148.51 francs (ligne 10-33 industrie manufacturière, à savoir CHF 4'643 pour des tâches physiques et manuelles simples, multiplié par 12 pour l'annualiser, ajusté à l'horaire hebdomadaire standard de 41,7 heures, à savoir divisé par 40 heures puis multiplié par 41,7 heures, indexé à 2023 [1,9 %; T1.2.20] et 2024 [2 %; T1.2.20], adapté à la capacité de travail de 50 % et réduit de 20 % pour tenir compte de l'abattement de l'article 26bis al. 3 RAI). La perte de revenu se chiffre à 43'071.49 francs, de sorte que le degré d'invalidité est de 64,08 %, arrondi à 64 % (CHF 43'071.49 / 67'220 x 100). Par conséquent, entre le 1er janvier 2024 et le 31 mars 2024, le droit de l'assurée à trois-quarts de rente est maintenu.

b/bb) Pour la période dès le 1er mai 2023, l'OAI a arrêté le revenu sans invalidité de l'assurée à 66'957 francs en tenant compte du gain annuel qu'elle aurait réalisé en 2023 dans la profession d'opératrice en horlogerie ([CHF 4'329 x 13 mois] + [CHF 175 x 12 mois] + [CHF 660 x 12 mois]). Il a retenu un revenu avec invalidité de 45'300 francs (correspondant au revenu effectivement réalisé de CHF 32'800 pour un taux de 50 %, extrapolé à 70 %, soit un revenu de CHF 45'300, participation à la caisse-maladie comprise), si bien que la perte de revenu se chiffre à 21'657 francs. Dans ces circonstances, le taux d'invalidité a été fixé à 32 % (CHF 21'657 / CHF 66'957 x 100). La recourante réitère que le montant à retenir, comme revenu sans invalidité, est de 67'220

francs et conteste, par ailleurs, le revenu avec invalidité fixé par l'OAI. Ce dernier a estimé que celui-ci se calculait sur la base de l'ESS alors que l'assuré considère que la détermination du taux d'invalidité doit se fonder sur l'activité exercée à un taux de 50 % et non sur la base de l'ESS. Selon elle, le revenu d'invalidité doit être de 32'830 francs (CHF [2'400 x 13 mois] + [CHF 135 x 12 mois; participation à l'assurance maladie]). Faisant valoir que son degré d'invalidité serait ainsi de 52 % (CHF 34'390 / 67'220 x 100), elle est estimée avoir droit à un demi-rente d'invalidité dès le 1er mai 2023. La Cour de céans rappelle, comme mentionné ci-avant, qu'il convient de tenir compte de la date du 5 décembre 2023 pour admettre une amélioration de l'état de santé de la recourante (cf. cons. 6). C'est ainsi que dès le 1er avril 2024 (soit 3 mois après la récupération d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée [art. 88a al. 1 RAI]) et non pas dès le 1er mai 2023, la demi-rente doit être supprimée en raison d'un taux d'invalidité de 32,61 %, arrondi à 33 %. Le revenu sans invalidité est de 67'220 francs ([CHF 4'400 x 13 mois] + [CHF 175 x 12 mois] + [CHF 660 x 12 mois]) et correspond au gain annuel que l'assurée aurait réalisé en qualité d'opératrice en horlogerie en 2024. A cet égard, on relèvera que l'OAI a tenu compte de la prime d'équipe dans la décision querellée. Le revenu avec invalidité se détermine sur la base de l'ESS 2022 du fait que l'assurée n'exerçait plus comme contrôleuse qualité au sein de la société D. \_\_\_\_\_ Sàrl. Par conséquent, le revenu avec atteinte à la santé est de 38'033.90 francs (ligne 10-33 industrie manufacturière, à savoir CHF 4'643 pour des tâches physiques et manuelles simples, multiplié par 12 pour l'annualiser, ajusté à l'horaire hebdomadaire standard de 41,7 heures, à savoir divisé par 40 heures puis multiplié par 41,7 heures, indexé à 2023 [1,9 %; T1.2.20] et 2024 [2 %; T1.2.20], adapté à la capacité de travail de 50 % et réduit de 10 % pour tenir compte de l'abattement de l'article 26bis al. 3 RAI). La perte de revenu se chiffre à 29'186.10 francs (CHF 67'220 - 38'033.90), de sorte que le degré d'invalidité est de 43,41 % arrondi à 43 %. A compter du 1er avril 2024, le taux d'invalidité de l'assurée lui donne droit à 32,5 % d'une rente entière (cf. art. 28b al. 4 LAI).

c) En définitive, en procédant à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, on obtient un taux d'invalidité de 62 % et 64 % pour la période du 1er mai 2021 au 31 mars 2024, puis de 43 % dès le 1er avril 2024. Dans ces circonstances, pour la période du 1er mai 2021 au 31 mars 2024, l'assurée a droit à une trois-quarts de rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31.12.2021). Puis, à compter du 1er avril 2024 (soit 3 mois après la récupération d'une capacité de travail à 70 %; cf. art. 88a al. 1 RAI; cons. 6 ci-avant), elle a droit à 32,5 % d'une rente entière d'invalidité.

8.a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2020 au 30 avril 2021, à trois-quarts de rente d'invalidité du 1er mai 2021 au 31 mars 2024 et à 32,5 % d'une rente entière dès le 1er avril 2024. La Cour de céans ayant pu statuer en l'état du dossier, il n'est pas utile de procéder à d'autres mesures d'instruction, soit en particulier de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

b) Les frais de la procédure, arrêtés à 660 francs, doivent être mis à la charge de l'OAI (art. 61 let. fbis LPGA en relation avec l'art. 69 al. 1 bis LAI).

La recourante qui a plaidé avec l'assistance d'une avocate, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), dont le montant est défini dans les limites prévues par la loi du 6 novembre 2019 fixant le tarif des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative (LTFrais). À défaut d'un état des honoraires et des frais, les

dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 64 al. 1 et 2 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais). Tout bien considéré, l'activité déployée par Me J. \_\_\_\_\_, qui représentait déjà l'assurée devant l'OAI et devait avoir pour cette raison une connaissance approfondie du dossier, peut être évaluée à un total de 8 heures. Eu égard au tarif appliqué par la Cour de céans de l'ordre de 300 francs de l'heure (CHF 2'400), des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 63 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais; CHF 240) et de la TVA au taux de 8,1 % (CHF 213.85), l'indemnité de dépens sera fixée à 2'853.85 francs.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours.

2. Réforme la décision attaquée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2020 au 30 avril 2021, trois-quarts de rente d'invalidité du 1er mai 2021 au 31 mars 2024 et à 32,5 % d'une rente entière dès le 1er avril 2024.

3. Met à la charge de l'intimé les frais de la présente procédure par 660 francs.

4. Ordonne la restitution à la recourante de son avance de frais.

5. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de 2'853.85 francs, à la charge de l'intimé.

Neuchâtel, le 27 mars 2026

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