

NE_GERICHTE CDP.2024.155 vom 15. August 2025

NE Tribunal cantonal, 2025-08-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2024.155

FR: NE_GERICHTE CDP.2024.155 du 15 août 2025

IT: NE_GERICHTE CDP.2024.155 del 15 agosto 2025

Erwägungen

E. 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 %

47 %

42,5 %

46 %

40 %

45 %

37,5 %

44 %

35 %

43 %

32,5 %

42 %

30 %

41 %

27,5 %

40 %

25 %

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 281cons. 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 106cons. 4.3 et 4.4).

c) Aux termes de l'article 17 al. 1 LPGA, 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 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 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 131cons. 3, 130 V 343cons. 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 9cons. 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 108cons. 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 9cons. 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 209cons. 5.3 et 131 V 164cons. 2.2 ; arrêt du TF du 05.01.2008 [9C_244/2007] 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 et du 29.04.2008 [9C_556/2007] cons. 3 et les réf. cit.). 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^{ère} 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^{ème} 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.).

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^e éd., 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

(ATF 125 V 351 cons. 3b/dd et les réf. cit.).

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'Office fédéral. Selon une jurisprudence constante, les rapports réalisés par les SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 54a al. 2 et 3 LAI) 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.

5. Le litige porte sur la suppression du droit à la rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2023 dont l'octroi jusqu'à cette date n'est pas remis en cause.

a) Fondé en particulier sur l'avis du 26 janvier 2024 du Dr K. _____, l'OAI considère que la recourante a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir du 1er septembre 2023. Il n'y a plus de pathologie incapacitante avec le carcinome canalaire invasif du sein droit depuis mars 2023. Il en va de même sur le plan orthopédique en lien avec le pouce droit depuis le 28 juin 2023 et, au niveau endocrinologique, la Dre I. _____ rapporte une évolution favorable de la maladie de Basedow sous traitement. Quant au volet neurologique, l'examen est pratiquement dans les limites de la norme en ce sens qu'il existe une stabilité de la charge lésionnelle au niveau cérébral sans présence de lésion médullaire. Concernant les douleurs au niveau du rachis et plus particulièrement au niveau lombosciatique L5-S1, il n'existe aucun syndrome radiculaire, la recourante étant du reste asymptomatique.

La recourante conteste cette appréciation. Sur le plan oncologique, la lésion cérébelleuse avec œdème péri-lésionnel n'a pas évolué aussi favorablement que prévu puisqu'elle doit prendre des stéroïdes à haute dose. De plus, une IRM du mois de décembre 2023 met en évidence une légère progression de la lésion et de l'œdème cérébral péri-lésionnel compatible avec une radionécrose. Selon elle, le cumul successif de ses problèmes de santé est à l'origine de son état anxio-dépressif et de sa thérapie psychiatrique.

b) En l'espèce, les suites de l'opération du pouce droit en mars 2023 sont sans particularités. Afin de tenir compte des douleurs inhérentes à cette intervention, la Dre H. _____ retient une incapacité de travail jusqu'au 28 juin 2023. Elle constate par la suite une évolution très favorable puisque la recourante a repris toutes ses activités. Sur le plan orthopédique, aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI ne saurait être

retenue au-delà de ce qui est admis par le médecin prénommé.

Sur le plan endocrinologique, la Dre I. _____ évoque une maladie de Basedow asymptomatique et ne prononce aucune incapacité de travail y relative.

Au niveau oncologique, la taille de la lésion cérébelleuse augmente, de même que l'œdème péri lésionnel de la métastase à l'origine du traitement aux stéroïdes. Ces augmentations sont qualifiées de discrètes par les médecins du Service de radiologie de l'Hôpital_1 alors que la Dre F. _____ évoque une augmentation importante de l'œdème dans son rapport du 14 novembre 2023. Cela étant, celle-ci n'observe aucune symptomatologie malgré deux épisodes de céphalées intenses courant octobre 2023 rapportés par la recourante. De plus, dans ses différents rapports et plus particulièrement dans son avis du 21 décembre 2023, la Dre C. _____ n'explique pas en quoi l'augmentation de la lésion cérébelleuse entraînerait une incapacité de travail. Elle se limite à mentionner les effets dus à l'arrêt du traitement médicamenteux, soit une recrudescence des céphalées, sans se prononcer sur leur fréquence. Or la recourante faisait déjà l'objet de rares migraines sans aura et rares céphalées de tension avant l'évolution de son état de santé, ce qui permet de donner crédit au constat établi par la Dre F. _____.

Pour ce qui est du volet neurologique, l'état de santé est stabilisé. L'examen est pratiquement dans les limites de la norme, sans mise en évidence de nouveaux signes neurologiques ni augmentation d'un déficit fonctionnel. Le Dr E. _____ ne retient du reste aucune incapacité de travail dans ses derniers rapports des 16 janvier et 2 octobre 2023. Certes, la Dre C. _____ mentionne-t-elle une importante fatigabilité. Cette situation n'est cependant pas nouvelle puisque ce médecin l'a déjà évoquée dans son rapport du 4 mars 2019 et s'est néanmoins prononcé pour une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle moyennant un aménagement de son poste. Il convient d'ajouter que l'avis de ce médecin traitant n'est pas constant. En effet, il ressort de son rapport du 5 novembre 2023 que la fatigue serait une conséquence de la SEP alors qu'il considère le 21 décembre 2023 que la fatigue serait non plus seulement liée à la SEP mais également aux suites oncologiques. Cela étant, comme développé ci-dessus, la recourante est asymptomatique au niveau oncologique. La Dre C. _____ n'explique donc pas en quoi et pourquoi la fatigabilité accrue ressentie par la recourante serait différente de celle qui existait en 2019 justifiant cette fois-ci une incapacité de travail ou de nouvelles limitations fonctionnelles.

Le Dr E. _____ mentionne enfin, sur la base des imageries, une évolution délétère de la colonne vertébrale. Il n'arrête toutefois jamais d'incapacité de travail y relative, à l'instar du corps médical, et relève même dans son rapport du 2 octobre 2023 que la recourante ne se plaint plus de cervico-brachialgies. Quant à la Dre C. _____, à défaut de retenir une incapacité de travail dans son avis du 21 décembre 2023, elle retient des limitations fonctionnelles qui ne sont toutefois pas incompatibles avec l'exercice d'une activité adaptée à plein temps.

En revanche, la recourante présente un état anxio-dépressif. Quand bien même ce diagnostic est posé par la Dre F. _____ et par la Dre I. _____ et que leur avis doit être relativisé à défaut de toute compétence en la matière au vu de leur domaine de spécialisation, il n'empêche que la recourante est notamment suivie par le Dr N. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, auprès du Service d'oncologie de l'Hôpital_1. Un suivi psychiatrique est aussi confirmé par la Dre L. _____, ce que la recourante fait valoir

dans la procédure de recours. Même si ce diagnostic a déjà été posé lors de la première demande de prestations AI par la Dre C. _____, il n'est pas invraisemblable que des troubles psychiatriques plus importants soient apparus dans le cadre de la deuxième demande de prestations au vu de l'historique de la recourante (interventions sous forme d'infiltrations ou chirurgicales, douleurs anciennes ou nouvelles mais à tout le moins quasi constantes). Il y a aussi lieu de préciser qu'il ne ressort pas du dossier que la recourante ait été suivie par un psychiatre lors de la première demande. Cela étant, l'on ignore ce qu'il en est à défaut de tout document idoine sur le plan psychiatrique. Quand bien même la recourante n'a pas produit de rapport émanant d'un psychiatre, cela ne saurait renverser le fardeau de la preuve qui incombe, conformément à la jurisprudence susmentionnée, à l'OAI. Or ce dernier ne pouvait se passer d'instruire la cause sous cet angle au vu de ce qui précède.

d) Ainsi, et contrairement à ce que soutient l'OAI, il n'est pas possible de conclure à ce stade et sans instruction complémentaire à une amélioration de l'état de santé de la recourante à partir du 1er septembre 2023, date vraisemblablement arrêtée par application de l'article 88a al. 1 RAI au regard de l'incapacité totale de travail prononcée jusqu'au 28 juin 2023 par la Dre H. _____ en lien avec la dernière opération chirurgicale subie par la recourante. S'agissant dès lors de la nécessité d'élucider des questions non réglées par l'administration (ATF 137 V 210 cons. 4.4.1.4), il convient d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'article 43 al. 1 LPGA. Il lui incombera donc de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires permettant de déterminer à satisfaction de droit l'état de santé de la recourante à tout le moins au niveau psychiatrique afin de déterminer le droit éventuel aux prestations au-delà du 30 novembre 2023, étant rappelé que l'octroi d'une rente entière jusqu'à cette date n'est pas remis en cause.

6. Vu l'issue de la procédure, les frais de justice sont mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI). L'avance de frais effectuée par la recourante lui sera restituée.

La recourante n'est pas représentée par un mandataire professionnel. Il n'est dès lors pas alloué d'indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours.

2. Annule la décision attaquée en ce sens qu'elle supprime la rente entière d'invalidité à compter du 1er novembre 2023 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

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

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

5. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 15 août 2025

E. 2

a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 cons. 4.3.1 et 131 V 242 cons. 2.1 et les réf. cit.). Ils peuvent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF des 05.08.2019 [8C_217/2019] cons. 3 et 25.07.2018 [9C_269/2018] cons. 4.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du TF du 19.04.2021 [8C_239/2020] cons. 7.2.1 et les réf. cit.). b) En l'espèce, le rapport du 20 août 2024 de la Dre L._____ a trait en partie à l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et peut donc être retenu. En revanche, tous les autres rapports produits par la recourante à l'appui de son recours (en lien avec l'évolution de la métastase cérébrale) concernent des faits postérieurs à la décision entreprise. Il n'y a donc pas lieu d'en tenir compte.

E. 3

a) En vertu de l'article

E. 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.). 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 e éd., 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 (ATF 125 V 351 cons. 3b/dd et les réf. cit.). 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'Office fédéral. Selon une jurisprudence constante, les rapports réalisés par les SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 54a al. 2 et 3 LAI) 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.

E. 5

Le litige porte sur la suppression du droit à la rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2023 dont l'octroi jusqu'à cette date n'est pas remis en cause. a) Fondé en particulier sur l'avis du 26 janvier 2024 du Dr K. _____, l'OAI considère que la recourante a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir du 1 er septembre 2023. Il n'y a plus de pathologie incapacitante avec le carcinome canalaire invasif du sein droit depuis mars 2023. Il en va de même sur le plan orthopédique en lien avec le pouce droit depuis le 28 juin 2023 et, au niveau endocrinologique, la Dre I. _____ rapporte une évolution favorable de la maladie de Basedow sous traitement. Quant au volet neurologique, l'examen est pratiquement dans les limites de la norme en ce sens qu'il existe une stabilité de la charge lésionnelle au niveau cérébral sans présence de lésion médullaire. Concernant les douleurs au niveau du rachis et plus particulièrement au niveau lombosciatique L5-S1, il n'existe aucun syndrome radiculaire, la recourante étant du reste asymptotique. La recourante conteste cette appréciation. Sur le plan oncologique, la lésion cérébelleuse avec œdème péri-lésionnel n'a pas évolué aussi favorablement que prévu puisqu'elle doit prendre des stéroïdes à haute dose. De plus, une IRM du mois de décembre 2023 met en évidence une légère progression de la lésion et de l'œdème cérébral péri-lésionnel compatible avec une radionécrose. Selon elle, le cumul successif de ses

problèmes de santé est à l'origine de son état anxio-dépressif et de sa thérapie psychiatrique.

b) En l'espèce, les suites de l'opération du pouce droit en mars 2023 sont sans particularités. Afin de tenir compte des douleurs inhérentes à cette intervention, la Dre H._____ retient une incapacité de travail jusqu'au 28 juin 2023. Elle constate par la suite une évolution très favorable puisque la recourante a repris toutes ses activités. Sur le plan orthopédique, aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI ne saurait être retenue au-delà de ce qui est admis par le médecin prénommé. Sur le plan endocrinologique, la Dre I._____ évoque une maladie de Basedow asymptomatique et ne prononce aucune incapacité de travail y relative. Au niveau oncologique, la taille de la lésion cérébelleuse augmente, de même que l'œdème péri lésionnel de la métastase à l'origine du traitement aux stéroïdes. Ces augmentations sont qualifiées de discrètes par les médecins du Service de radiologie de l'Hôpital_1 alors que la Dre F._____ évoque une augmentation importante de l'œdème dans son rapport du 14 novembre 2023. Cela étant, celle-ci n'observe aucune symptomatologie malgré deux épisodes de céphalées intenses courant octobre 2023 rapportés par la recourante. De plus, dans ses différents rapports et plus particulièrement dans son avis du 21 décembre 2023, la Dre C._____ n'explique pas en quoi l'augmentation de la lésion cérébelleuse entraînerait une incapacité de travail. Elle se limite à mentionner les effets dus à l'arrêt du traitement médicamenteux, soit une recrudescence des céphalées, sans se prononcer sur leur fréquence. Or la recourante faisait déjà l'objet de rares migraines sans aura et rares céphalées de tension avant l'évolution de son état de santé, ce qui permet de donner crédit au constat établi par la Dre F._____. Pour ce qui est du volet neurologique, l'état de santé est stabilisé. L'examen est pratiquement dans les limites de la norme, sans mise en évidence de nouveaux signes neurologiques ni augmentation d'un déficit fonctionnel. Le Dr E._____ ne retient du reste aucune incapacité de travail dans ses derniers rapports des 16 janvier et 2 octobre 2023. Certes, la Dre C._____ mentionne-t-elle une importante fatigabilité. Cette situation n'est cependant pas nouvelle puisque ce médecin l'a déjà évoquée dans son rapport du 4 mars 2019 et s'est néanmoins prononcé pour une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle moyennant un aménagement de son poste. Il convient d'ajouter que l'avis de ce médecin traitant n'est pas constant. En effet, il ressort de son rapport du 5 novembre 2023 que la fatigue serait une conséquence de la SEP alors qu'il considère le 21 décembre 2023 que la fatigue serait non plus seulement liée à la SEP mais également aux suites oncologiques. Cela étant, comme développé ci-dessus, la recourante est asymptomatique au niveau oncologique. La Dre C._____ n'explique donc pas en quoi et pourquoi la fatigabilité accrue ressentie par la recourante serait différente de celle qui existait en 2019 justifiant cette fois-ci une incapacité de travail ou de nouvelles limitations fonctionnelles. Le Dr E._____ mentionne enfin, sur la base des imageries, une évolution délétère de la colonne vertébrale. Il n'arrête toutefois jamais d'incapacité de travail y relative, à l'instar du corps médical, et relève même dans son rapport du 2 octobre 2023 que la recourante ne se plaint plus de cervico-brachialgies. Quant à la Dre C._____, à défaut de retenir une incapacité de travail dans son avis du 21 décembre 2023, elle retient des limitations fonctionnelles qui ne sont toutefois pas incompatibles avec l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. En revanche, la recourante présente un état anxio-dépressif. Quand bien même ce diagnostic est posé par la Dre F._____ et par la Dre I._____ et que leur avis doit être relativisé à défaut de toute compétence en la matière au vu de leur domaine de spécialisation, il n'empêche que la recourante est notamment suivie par le Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, auprès du Service d'oncologie de

l'Hôpital_1. Un suivi psychiatrique est aussi confirmé par la Dre L. _____, ce que la recourante fait valoir dans la procédure de recours. Même si ce diagnostic a déjà été posé lors de la première demande de prestations AI par la Dre C. _____, il n'est pas invraisemblable que des troubles psychiatriques plus importants soient apparus dans le cadre de la deuxième demande de prestations au vu de l'historique de la recourante (interventions sous forme d'infiltrations ou chirurgicales, douleurs anciennes ou nouvelles mais à tout le moins quasi constantes). Il y a aussi lieu de préciser qu'il ne ressort pas du dossier que la recourante ait été suivie par un psychiatre lors de la première demande. Cela étant, l'on ignore ce qu'il en est à défaut de tout document idoine sur le plan psychiatrique. Quand bien même la recourante n'a pas produit de rapport émanant d'un psychiatre, cela ne saurait renverser le fardeau de la preuve qui incombe, conformément à la jurisprudence susmentionnée, à l'OAI. Or ce dernier ne pouvait se passer d'instruire la cause sous cet angle au vu de ce qui précède. d) Ainsi, et contrairement à ce que soutient l'OAI, il n'est pas possible de conclure à ce stade et sans instruction complémentaire à une amélioration de l'état de santé de la recourante à partir du 1^{er} septembre 2023, date vraisemblablement arrêtée par application de l'article 88a al. 1 RAI au regard de l'incapacité totale de travail prononcée jusqu'au 28 juin 2023 par la Dre H. _____ en lien avec la dernière opération chirurgicale subie par la recourante. S'agissant dès lors de la nécessité d'élucider des questions non réglées par l'administration (ATF 137 V 210 cons. 4.4.1.4), il convient d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'article 43 al. 1 LPGA. Il lui incombera donc de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires permettant de déterminer à satisfaction de droit l'état de santé de la recourante à tout le moins au niveau psychiatrique afin de déterminer le droit éventuel aux prestations au-delà du 30 novembre 2023, étant rappelé que l'octroi d'une rente entière jusqu'à cette date n'est pas remis en cause.

E. 6

Vu l'issue de la procédure, les frais de justice sont mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI). L'avance de frais effectuée par la recourante lui sera restituée. La recourante n'est pas représentée par un mandataire professionnel. Il n'est dès lors pas alloué d'indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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