

BVGer C-3073/2024 vom 9. April 2024

Bundesverwaltungsgericht, 2024-04-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3073_2024_d20240409

FR: TAF C-3073/2024 du 9 avril 2024

IT: TAF C-3073/2024 del 9 aprile 2024

Regeste

Révision de la rente | Assurance-invalidité, suppression de la rente d'invalidité (décision du 9 avril 2024)

Erwägungen

E. 8

Il reste à statuer sur les frais et dépens.

E. 8.1

Vu l'issue du litige, la recourante ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; 132 V 215 consid. 6). Partant, l'avance de frais versée par la recourante à hauteur de CHF 800.- (TAF pce 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase PA).

E. 8.2

En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce toutefois, dans la mesure où la partie recourante n'est pas représentée, le Tribunal peut renoncer à allouer des dépens (art. 7 al. 4 FITAF). L'autorité inférieure n'a pas droit à des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF). (Le dispositif figure à la page suivante)

E. 16

août 2023 par le Dr L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du SMR F.____ (AI pces 109-110). 7.2.1 Dans son rapport d'examen clinique du 16 août 2023, le Dr L._____ constate que la patiente présente au jour de l'examen clinique du 18 juillet 2023 : 1) un cancer du sein gauche diagnostiqué en décembre 2020, opéré le

E. 19

janvier 2021 puis traité par radiothérapie de février à avril 2021, l'évolution clinique ayant été marquée par des fractures pathologiques des côtes gauches dont les investigations par densitométrie ont motivé la prescription de Kalcipos-D3 ayant entraîné une diminution des douleurs après 6 semaines,

C-3073/2024 Page 18 2) une polyarthrite rhumatoïde séronégative diagnostiquée début 2021 ayant entraîné des douleurs importantes aux mains, aux pieds et aux épaules, traitée par Méthotrexate avec une nette amélioration malgré la persistance de douleurs aux articulations et sans possibilité de traitement complémentaire notamment biologique en raison des antécédents oncologiques (l'adjonction ultérieure de Salazopyrine® et de Plaquenil® n'ayant pas apporté de gain évident et les effets secondaires de ces médicaments additionnels ayant motivé leur arrêt), 3) une capsulite rétractile de l'épaule gauche diagnostiquée en décembre 2021/janvier 2022, traitée par Celebrex, physiothérapie à sec et en piscine, et suivie d'une nette amélioration durant l'hiver 2022/2023, mais ayant entraîné une limitation de l'élévation et de l'abduction de l'épaule gauche et des douleurs persistantes (AI pce 109 pp. 3-4). Rapportant les plaintes de l'assurée au jour de l'examen, le Dr L. _____ décrit la persistance de douleurs quotidiennes, diurnes et nocturnes, dans les doigts, les mains, les poignets, les épaules, le genou gauche, la cheville gauche et les deux orteils. Le mouvement aggrave les douleurs dans ces membres. L'intensité des douleurs augmente selon les activités de la journée (notamment le port de charges de plus de 4-5 kg). L'assurée se déclare incapable de tenir la position statique debout plus de quelques minutes et assise au-delà de 45 minutes, la physiothérapie et la prise régulière d'anti-inflammatoires et d'anti-douleurs étant inefficaces. Elle fait également état de fatigue et d'un mauvais moral (AI pce 109 pp. 4-5). A l'examen clinique, le Dr L. _____ observe, sur le plan ostéoarticulaire, une marche fluide, symétrique et sans boiterie. Le ballant des deux bras est régulier. La marche sur les talons et les pointes est exécutée sans particularité. L'équilibre monopodal et le sautiller monopodal sont exécutés des deux côtés sans particularité. Le franchissement des escaliers est fluide avec un pas alterné sans particularité. La position debout est maintenue sans difficulté particulière pendant quelques minutes. La position assise est maintenue pendant environ une heure sans problème particulier. L'accroupissement profond et l'agenouillement sont sans particularité. Le passage de la position debout à assise, debout à couchée, le retournement sur le lit d'examen et le passage de la position couchée à debout sont réalisés sans difficulté. Les mouvements passifs et actifs de la colonne vertébrale sont indolores. Lors des mouvements passifs et actifs du rachis, l'assurée décrit des douleurs à l'arrière du bassin. Les articulations sacro-iliaques sont mobiles symétriquement et douloureuses aux tests de fonction et de contrainte. Les articulations de la hanche, du genou – hormis un

C-3073/2024 Page 19 discret signe du flot –, de la cheville, de l'arrière-pied, de l'avant-pied sont symétriques et dans la norme lors de l'inspection, de la palpation et de la mobilisation active et passive, cependant douloureuses en fin d'amplitude des mouvements. Au niveau des mains, le test de Gaenslen est douloureux, de même qu'il est relevé des douleurs en fin d'amplitude de flexion des articulations métacarpo-phalangiennes et des articulations interphalangiennes proximales et distales (AI pce 109 pp. 7-10). A l'issue de l'examen clinique, le Dr L. _____ retient les diagnostics associés suivants : 1) avec répercussions sur la capacité de travail, de polyarthrite rhumatoïde séronégative depuis 2021 en rémission partielle sous traitement de Méthotrexate, et 2) sans répercussions sur la capacité de travail, de capsulite rétractile au stade chronique à gauche et de carcinome canalaire du sein gauche en rémission post tumorectomie et ablation de ganglion sentinelle le 19 janvier 2021 et radiothérapie du 23 février 2021 au 13 avril 2021. Il explique n'observer aucune limitation fonctionnelle de la gestuelle spontanée et de la marche chez la recourante. L'examen des articulations met en évidence l'absence de déformation, de rougeur, de chaleur, d'instabilité, d'enraidissement, hormis au niveau de l'épaule gauche où il persiste

une limitation d'environ 10° dans tous les plans avec arrêt mou en fin d'amplitude des mouvements. L'examen fonctionnel des articulations est accompagné de douleurs en fin d'amplitude. Les documents radiographiques montrent l'intégrité des articulations des mains, des pieds, de l'épaule gauche ainsi que de la colonne lombaire. Au niveau du genou gauche, l'interligne articulaire est préservé, seule une discrète condensation osseuse du plateau tibial interne des deux côtés, sans autre altération osseuse associée, étant observée, en présence d'un interligne articulaire fémoro-tibial interne conservé. Au final, cette assurée présente, sur le plan ostéoarticulaire, une évolution clinique partiellement stabilisée de la polyarthrite rhumatoïde séronégative qui justifie des limitations fonctionnelles. La capsulite rétractile de l'épaule gauche est au stade chronique, avec, comme classiquement observé, une récupération quasiment complète de la mobilité articulaire. Un syndrome sous-acromial clinique est cependant encore observé. Ces deux atteintes justifient les limitations fonctionnelles suivantes à l'exercice d'une activité lucrative: pas de travaux lourds, position de travail alternée assise/debout, pas de déplacement sur terrain inégal, sur plan incliné, sur des échafaudages ou sur une échelle, courts déplacements non répétitifs dans les escaliers, pas d'activité contraignante

C-3073/2024 Page 20 pour le rachis (porte-à-faux, rotation), pas de position accroupie et agenouillée, port de charge occasionnel jusqu'à 5kg, pas d'activité au-dessus du plan des épaules, pas d'activité en traction ni en poussée avec le membre inférieur gauche, pas d'activité manuelle exigeant de la force, pas d'activité exposant les mains aux vibrations (AI pce 109 pp. 11-12). Compte tenu de ces limitations, le Dr L._____ estime que l'activité lucrative habituelle d'ouvrière agricole ne peut plus être exercée par la recourante et que l'incapacité corrélative de travail est totale et définitive. Par contre, la recourante est apte à travailler à 100% dans une activité lucrative respectueuse des limitations fonctionnelles susmentionnées à compter de la date de l'examen clinique du 18 juillet 2023 (cf. rapport d'examen clinique au SMR F._____ du 16 août 2023 du Dr L._____ [AI pce 109, pp. 7-12]). 7.2.2 Aux termes d'un rapport final SMR F._____ du 18 août 2023, le Dr G._____ considère que le rapport d'examen clinique au SMR F._____ du 16 août 2023 du Dr L._____ repose sur une analyse détaillée du dossier, qu'il prend en compte les différentes plaintes de l'assurée, qu'il effectue un examen clinique approfondi, qu'il définit les limitations fonctionnelles, se prononce sur la capacité de travail de l'assurée, que les diagnostics retenus sont conformes à la CIM-10, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de ces conclusions solides et motivées. Partant de cela, le Dr G._____ pose les diagnostics suivants : 1) avec incidences sur la capacité de travail : – de polyarthrite rhumatoïde séronégative depuis 2021 (M 06.0) en rémission partielle sous traitement de Méthotrexate et – de capsulite rétractile au stade chronique de l'épaule gauche (M 75.0), 2) sans répercussions sur la capacité de travail : – de carcinome canalaire du sein gauche en rémission (C 50.9) post tumorectomie et ablation de ganglion sentinelle le 19 janvier 2021 et radiothérapie du 23 février 2021 au 13 avril 2021. A la lumière des constats médicaux posés et des limitations fonctionnelles retenues, le Dr G._____ considère que l'assurée présente une incapacité totale de travail dans son activité lucrative habituelle d'ouvrière agricole à compter du 17 décembre 2020, tandis que dans une activité lucrative adaptée à son état de santé, elle a présenté une incapacité totale de travail

C-3073/2024 Page 21 du 17 décembre 2020 jusqu'au 18 juillet 2023 et a recouvré, dès le 18 juillet 2023, une capacité totale de travail (AI pce 110). 7.3 7.3.1 La recourante, qui conteste toute amélioration de son état de santé, se prévaut au contraire d'une dégradation de

celui-ci, invoquant de très fortes douleurs aux niveaux de l'épaule gauche et du genou gauche, une dégradation de son état de santé aux niveaux du foie, de l'estomac, des reins, des poumons, de la thyroïde et de la colonne vertébrale, une aggravation de la polyarthrose rhumatoïde séronégative (les maux de tête et les douleurs corporelles persistant et provoquant des nausées, une grande fatigue et des pertes de mémoire), un suivi médical toujours nécessaire en raison de son cancer du sein, ainsi qu'une éventuelle opération du canal carpien. A l'appui de ces allégués, elle produit plusieurs rapports médicaux (TAF pces 1 et annexes, 10, 11 et annexe, 13). 7.3.2 L'OAIE, qui conclut à l'admission partielle du recours et au renvoi de la cause à son intention pour complément d'instruction, se réfère à la prise de position médicale SMR F._____ établie en ce sens le 6 août 2024 par le Dr L._____ qui considère nécessaire de compléter l'instruction médicale du dossier afin de préciser la nature de certains des nodules hépatiques et du nodule rétropéritonéal adhérent au diaphragme derrière le rein gauche (TAF pce 7). 7.4 Par décision du 9 août 2022, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière compte tenu d'une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative depuis le 17 décembre 2020 résultant des limitations fonctionnelles causées par la polyarthrite rhumatoïde séronégative en rémission partielle à la faveur d'un traitement immunosuppresseur de Méthotrexate – un traitement biologique étant envisagé en complément –, mais surtout par la capsulite rétractile de l'épaule gauche avec d'importantes douleurs et une impotence fonctionnelle sous la forme d'une restriction sévère de la mobilité. A plus d'un an de la fin des traitements et sans récurrence du cancer, il n'y avait pas lieu de retenir de limitation fonctionnelle persistante ni de réduction de la capacité de travail en lien avec l'atteinte oncologique (cf. supra consid. 7.1). Pour supprimer le droit à la rente ainsi alloué, il convient d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante que la polyarthrite rhumatoïde séronégative et/ou la capsulite rétractile de l'épaule gauche se seraient résorbées au point de ne plus entraîner les limitations fonctionnelles retenues initialement dans un travail adapté et ainsi, de ne plus faire obstacle à une capacité de travail, respectivement

C-3073/2024 Page 22 de gain, justifiant la suppression du droit à une rente entière d'invalidité. L'autorité inférieure considère que ces conditions sont remplies en l'espèce, se référant en ce sens au rapport final SMR F._____ du 18 août 2023 du Dr K._____, lui-même fondé sur le rapport d'examen clinique au SMR F._____ du 16 août 2023 du Dr L._____, les considérant tous deux comme probants. 7.4.1 Or, de manière contradictoire, ces deux rapports n'énumèrent pas les mêmes diagnostics incapacitants. Dans son rapport d'examen clinique au SMR F._____ du 16 août 2023, le Dr L._____ retient en effet un seul diagnostic incapacitant, à savoir celui de polyarthrite rhumatoïde séronégative en rémission partielle, alors que le rapport final SMR F._____ du Dr G._____ du 18 août 2023 retient deux diagnostics incapacitants, à savoir ceux de polyarthrite rhumatoïde séronégative en rémission partielle et de capsulite rétractile au stade chronique de l'épaule gauche. Dès lors que le Dr G._____ indique faire siennes toutes les conclusions du Dr L._____, précisant que le rapport de ce dernier du 16 août 2023 « se base sur une analyse détaillée du dossier ... prend en compte les différentes plaintes de l'assurée et effectue un examen clinique approfondi ... définit les limitations fonctionnelles et se prononce sur la capacité de travail de l'assurée » (cf. rapport final SMR F._____ du 18 août 2023 [AI pce 110]), les mêmes diagnostics incapacitants auraient dû figurer dans les deux rapports SMR F._____, ce qui n'est pas le cas. Cette contradiction ne saurait être ignorée dès lors que les deux diagnostics en cause – polyarthrite rhumatoïde séronégative et capsulite rétractile de l'épaule gauche – correspondent précisément aux

deux diagnostics incapacitants retenus par le Dr G. _____ dans son rapport final SMR F. _____ du 13 mai 2022 et par l'OAIE dans sa décision du 9 août 2022, pour allouer à l'assurée la rente entière aujourd'hui sujette à suppression (cf. supra con- sid. 7.1). En outre, le Dr L. _____ considère de manière contradictoire que le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche au stade chro- nique n'est pas incapacitant, en même temps qu'il liste toute une série de limitations fonctionnelles qu'il attribue sans distinction aussi bien à la cap- sulite rétractile de l'épaule gauche qu'à la polyarthrite rhumatoïde séroné- gative (cf. supra consid. 7.2). De plus, le Dr L. _____ n'explique pas en quoi les importantes douleurs et l'impotence fonctionnelle sous la forme d'une restriction sévère de la mobilité constatée le 13 mai 2022 par le Dr G. _____ (cf. supra consid. 7.1) se seraient résorbées au point de deve- nir sans incidences sur la capacité de travail, alors même que cette atteinte est devenue chronique et qu'un syndrome sous-acromial est venu s'y ajou- ter. Au demeurant, on peut douter que les Drs G. _____ (généraliste) et L. _____ (spécialiste en médecine physique et réadaptation) disposent

C-3073/2024 Page 23 des connaissances que requièrent les diagnostics litigieux de polyarthrite rhumatologique séronégative et de capsulite rétractile de l'épaule gauche pour s'opposer aux avis émis par des spécialistes en rhumatologie. Pareils vices entachent la valeur probante des deux rapports SMR F. _____, de sorte que l'OAIE n'était pas légitimé à s'y référer afin de fonder sa décision de suppression de rente. 7.4.2 A cela s'ajoute que ni l'un ni l'autre des deux rapports SMR F. _____ d'août 2023 n'établissent à satisfaction de droit qu'une amélio- ration de la polyarthrite rhumatoïde séronégative en rémission partielle se serait produite depuis la décision initiale d'octroi de rente prononcée le 9 août 2022. Le rapport final SMR F. _____ du 13 mai 2022 du Dr G. _____ établissait alors déjà que la polyarthrite rhumatoïde séronéga- tive était en rémission partielle sous traitement de Méthotrexate, un traite- ment biologique étant prévu en complément (cf. supra consid. 7.1). Or, les deux rapports SMR F. _____ d'août 2023 invoqués à l'appui de la déci- sion litigieuse de suppression de rente du 9 avril 2024 établissent, comme le rapport final SMR du 13 juillet 2022 à l'appui de la décision d'octroi de rente du 9 août 2022, que la polyarthrite rhumatoïde séronégative est en rémission partielle. Il appert en outre qu'aucun traitement biologique – dont une amélioration rapide de l'état de santé était attendue, de sorte qu'une réévaluation de l'état de santé à 6 mois avait été préconisée (cf. supra consid. 7.1) – n'a pu être administré en raison des contre-indications liées à l'anamnèse oncologique de la recourante et qu'il a dû être renoncé à l'adjonction d'autres traitements (Salazopyrine et de Plaquenil) en raison de leur faible efficacité et de certains effets secondaires trop importants (cf. rapport du 13 juin 2023 du Dr C. _____ [AI pce 97] ; rapport d'examen clinique au SMR F. _____ du Dr L. _____ du 16 août 2023 [AI pce 109 ; cf. supra consid. 7.2.1]). Il en résulte que depuis la décision initiale d'octroi de rente du 9 août 2022, l'assurée est demeurée soumise au seul et même traitement de Méthotrexate, dont les effets limités ne permettent d'obtenir qu'une rémission partielle et non totale de la maladie, à défaut d'en réduire efficacement les douleurs, rémission partielle nonobstant laquelle le Dr G. _____ avait considéré dans son rapport final SMR F. _____ du 13 mai 2022 qu'elle contribuait à entraîner une incapacité totale de travail (cf. supra consid. 7.1). Dès lors que le traitement administré de Méthotrexate est demeuré in- changé depuis la décision d'octroi de rente du 9 août 2022, l'autorité infé- rieure manque à démontrer médicalement une amélioration de la polyar- thrite au-delà de la rémission partielle. Au contraire, la documentation mé- dicale figurant au dossier établit que depuis l'introduction du traitement de

C-3073/2024 Page 24 Méthotrexate en juillet 2021, il persiste des arthralgies dans les mains et les épaules avec une importante raideur matinale, la patiente ayant de la peine à utiliser ses mains, la mobilité et la force des mains étant réduites (cf. rapports des 6 juillet 2021 et 17 septembre 2021 de la Dre E. _____, généraliste traitante [AI pce 42 p. 11-12]). Le 4 janvier 2022, le Dr C. _____ observe une rémission partielle de la polyarthrite rhumatoïde séronégative – sous Méthotrexate et Salazopyrine – avec peu de handicap fonctionnel, la patiente signalant des douleurs discrètes aux poignets, aux mains et aux pieds (AI pce 48 p. 4). Le 5 avril 2022, le Dr C. _____ constate toujours des douleurs polyarticulaires associées à une raideur matinale durant plus de 30 minutes (AI pce 49), cela malgré le fait que, sous traitement de Méthotrexate et Salazopyrine, les douleurs sont devenues discrètes aux poignets, mains et pieds. Le 3 avril 2023, la Dre J. _____ (généraliste) note que les constats liés à la polyarthrite rhumatoïde séronégative sont demeurés identiques à ceux de 2022 avec des gonalgies, lombalgies, douleurs aux poignets, aux jambes et fatigue (AI pce 93). A l'examen clinique au SMR F. _____ du 18 juillet 2023, la recourante déclare des douleurs quotidiennes, diurnes et nocturnes, aux niveaux des articulations des doigts, des mains, des poignets, des épaules, du genou gauche, de la cheville gauche et des orteils. Quant au Dr L. _____, il observe à l'examen clinique du 18 juillet 2023 que lors des mouvements passifs et actifs du rachis, l'assurée décrit des douleurs à l'arrière du bassin, que les articulations sacro-iliaques sont douloureuses aux tests de fonction et de contrainte, que les articulations de la hanche, du genou, de la cheville, de l'arrière-pied, de l'avant-pied sont douloureuses en fin d'amplitude des mouvements, qu'au niveau des mains, le test de Gaenslen est douloureux de même qu'il est relevé des douleurs en fin d'amplitude de flexion des articulations métacarpo-phalangiennes et des articulations interphalangiennes proximales et distales (AI pce 109 pp. 7-10 ; cf. supra consid. 7.2.1). Dans un rapport du 4 janvier 2024, la Dre Q. _____ (spécialiste en rhumatologie assurant le suivi de la polyarthrite rhumatoïde séronégative au Portugal et poursuivant le traitement mis en place par les médecins suisses) indique ne pas exclure une possible dégradation de la maladie compte tenu du caractère chronique de celle-ci, la patiente se plaignant désormais en outre de paresthésies dans les membres supérieurs et inférieurs (TAF pce 1 et annexe). A teneur de ce qui précède, il apparaît que les douleurs relatées par l'assurée en lien avec la polyarthrite rhumatoïde séronégative en rémission partielle depuis la décision initiale d'octroi de rente du 9 août 2022 n'apparaissent pas comme ayant notablement diminué.

C-3073/2024 Page 25 En outre, les limitations fonctionnelles retenue en août 2023 – pas de travaux lourds, position de travail alternée assise/debout, pas de déplacement sur terrain inégal, sur plan incliné, sur des échafaudages ou sur une échelle, courts déplacements non répétitifs dans les escaliers, pas d'activité contraignante pour le rachis (porte-à-faux, rotation), pas de position accroupie et agenouillée, port de charge occasionnel jusqu'à 5kg, pas d'activité au-dessus du plan des épaules, pas d'activité en traction ni en poussée avec le membre inférieur gauche, pas d'activité manuelle exigeant de la force, pas d'activité exposant les mains aux vibrations (cf. rapport d'examen clinique au SMR F. _____ du 16 août 2023 du Dr L. _____ [AI pce 109 pp. 11-12]) – ne se distinguent pas sensiblement de celles décrites en 2022 – difficultés pour le port de charges, pour les mouvements impliquant une amplitude au niveau des bras supérieure à 90°, pour les gestes nécessitant de se servir des mains et des doigts, pour les tâches nécessitant une motricité fine, pour les mouvements répétitifs, ainsi que pour ceux nécessitant de la force manuelle (cf. rapports de la Dre E. _____ du 14 avril 2022 [AI pce 50] et du 20 juin 2022 [AI pce 65]). Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative

en rémission partielle est strictement identique à celui retenu le 13 mai 2022 par le Dr K._____. Les douleurs et les limitations fonctionnelles en résultant ne semblent pas non plus s'être atténuées au point de ne plus faire obstacle à une capacité de travail et de gain fondant la suppression du droit à la rente entière. A tout le moins, les médecins-conseils SMR F._____ n'établissent-ils pas à satisfaction de droit les raisons pour lesquelles il y a lieu de considérer que l'assurée aurait recouvré une capacité totale de travail dans une activité lucrative adaptée aux douleurs à l'arrière du bassin lors des mouvements passifs et actifs du rachis, aux douleurs ressenties dans les articulations sacro-iliaques aux tests de fonction et de contrainte, aux douleurs dans les articulations de la hanche, du genou, de la cheville, de l'arrière-pied, de l'avant-pied en fin d'amplitude des mouvements, et en particulier aux douleurs ressenties dans les mains en fin d'amplitude de flexion des articulations métacarpo-phalangiennes et des articulations interphalangiennes proximales et distales. 7.4.3 S'agissant du second diagnostic incapacitant de capsulite rétractile de l'épaule gauche, le Dr G._____ a retenu dans son rapport final SMR F._____ du 13 mai 2022 que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité lucrative depuis le 17 décembre 2020 en raison des limitations fonctionnelles causées par la polyarthrite rhumatoïde en rémission partielle mais surtout par la capsulite rétractile de l'épaule gauche. Un

C-3073/2024 Page 26 soulagement de cette dernière était susceptible d'être apporté dans les mois à venir grâce à une physiothérapie intensive (AI pce 54). Or, selon l'assurée, la physiothérapie s'est révélée peu efficace (AI pce 109 pp. 4-5 ; voir également supra consid. 7.2.1). Ces dires de l'assurée sont corroborés par les constats du Dr L._____ qui observe que malgré une récupération presque complète de la mobilité articulaire de l'épaule gauche, celle-ci reste limitée d'environ 10° dans tous les plans avec arrêt mou en fin d'amplitude de mouvement, avec des douleurs persistantes au niveau de l'épaule gauche, augmentées avec les mouvements, et un syndrome sous-acromial (cf. rapport d'examen clinique au SMR F._____ du Dr L._____ du 16 août 2023 [AI pce 109]). A l'instar des médecins traitants de l'assurée (cf. rapports des 24 avril 2024 de la Dr Q._____, 12 février 2023 et 17 mars 2023 du Dr C._____ et 3 avril 2023 de la Dre J._____ [AI pces 82, 93, 97]), le Dr L._____ souligne en outre le caractère chronique de la capsulite rétractile, à laquelle le médecin-conseil SMR F._____ ajoute un nouveau diagnostic, celui de syndrome sous-acromial. Dans ces circonstances, force est d'admettre que contrairement aux prévisions du Dr G._____ (cf. rapport final SMR F._____ du 13 mai 2022 [cf. supra consid. 7.1]), il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les effets du principal diagnostic incapacitant de capsulite rétractile de l'épaule gauche auraient diminué. A tout le moins, les médecins-conseils SMR F._____ ne démontrent-ils pas en quoi l'assurée aurait recouvré depuis le 18 juillet 2023 une capacité entière de travail dans une activité adaptée aux diagnostics de capsulite rétractile chronique de l'épaule gauche associé à un syndrome sous-acromial, au contraire. 7.4.4 Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que les pièces médicales versées au dossier ne permettent pas de considérer comme établies au degré de la vraisemblance prépondérante qu'une amélioration notable de la polyarthrite rhumatoïde séronégative en rémission partielle ou/et de la capsulite rétractile chronique gauche seraient survenues entre le 9 août 2022 et le 9 avril 2024. Plutôt que de motiver dûment une amélioration notable de l'état de santé respectivement de la capacité de travail de l'assurée, les médecins-conseils SMR F._____ se sont limités à réévaluer un état de santé qui semble a priori être demeuré essentiellement inchangé, voire s'être péjoré au vu de la chronicisation de la capsulite de

l'épaule gauche, de l'apparition d'un syndrome sous acromial ainsi que d'autres atteintes invoquées par la recourante aux niveaux du foie, de l'estomac, des reins, des poumons, de la thyroïde et de la colonne vertébrale (cf. infra consid. 7.5).

C-3073/2024 Page 27 7.5 En procédure de révision, la recourante invoque en effet, pièces médicales à l'appui, de nouvelles atteintes qui seraient apparues depuis la décision d'octroi de rente du 9 août 2022. 7.5.1 Aux niveaux de la thyroïde, du poumon gauche, du foie et du rein gauche, elle produit : – Un compte-rendu d'échographie de la thyroïde et de l'abdomen supérieur du 26 février 2024 par la Dre P. _____ (radiologue) décelant des lobes thyroïdiens aux contours irréguliers, ainsi que plusieurs nodules solides et hypoéchogènes de dimensions variables ; par ailleurs, révélant la présence de nodules dans le foie, en particulier un nodule à l'aspect d'hémangiome dans le lobe droit, ainsi qu'une zone hétérogène mal définie et vaguement nodulaire de 4 cm de diamètre dans le bas du segment 6 nécessitant d'être clarifiée (TAF pce 1 annexe). – Un rapport de radiographie du thorax du 26 février 2024 par le Dr R. _____ (radiologue) mettant en lumière une discrète densité linéaire dans le tiers moyen du champ pulmonaire gauche (TAF pce 1 annexe). – Un rapport du CT-Scan de l'abdomen supérieur du 11 mars 2024 par la Dre P. _____ confirmant la présence de quatre nodules au moins dans le foie (deux nodules s'apparentant à des hémangiomes dans le segment 7, un nodule hypodense de 19 mm de diamètre dans le segment 8 et un nodule de 11 mm de diamètre dans le segment 3, ces derniers étant à surveiller car ils ne présentent pas la cinétique vasculaire typique des angiomes) ; révélant une image réniforme de 27 mm de diamètre, d'épaisseur parenchymateuse proportionnelle, adjacente au pôle inférieur du rein gauche (TAF pce 1 annexe). – Un CT-Scan du thorax du 2 avril 2024 de la Dre P. _____ mettant en évidence dans le lobe supérieur gauche du poumon, une image vaguement nodulaire d'environ 6.5 mm de diamètre, de densité de verre dépoli et de nature non spécifique, nécessitant d'être contrôlée (TAF pce 1 annexe). – Un rapport d'échographie rénale et supra-rénale ainsi que de la vessie établi le 2 avril 2024 par la Dre P. _____ sur l'indication d'une image réniforme irrégulière précédemment observée sur une IRM de la colonne lombaire du 18 janvier 2024 qui constate que l'asymétrie des dimensions rénales ne permet pas de visualiser la zone à côté du pôle

C-3073/2024 Page 28 inférieur du rein gauche, de sorte qu'un contrôle par tomodensitométrie rénale est recommandé (TAF pce 1 annexe). – Un compte-rendu de CT-Scan de l'abdomen supérieur du 22 avril 2024 par le Dr O. _____ (radiologue) confirmant la présence d'au moins quatre nodules dans le foie : un nodule hypodense suggestif d'un angiome localisé dans le segment 3, deux nodules hypodenses – dont un de 43 mm devenant hyperdense dans la phase veineuse, une IRM étant préconisée afin de clarifier s'il s'agit bien d'un angiome – situés dans le segment 7, un 4ème nodule hypodense dans le segment hépatique 8; en outre, un nodule de 10,7 mm de diamètre avec une densité des tissus mous prenant un contraste fortement iodé à l'examen apparaît derrière le rein droit, adhérent au diaphragme, et nécessite des investigations médicales (TAF pce 1 annexe). – Un rapport du 5 septembre 2024 de la Dre M. _____ (spécialisée en chirurgie générale) indiquant que les examens de tomodensitométrie et d'IRM hépatique ont révélé un nodule hépatique situé dans le segment 7 dont l'étiologie n'est pas établie, de sorte qu'une résection chirurgicale se révèle extrêmement probable (TAF pces 10, 11 et annexe, 13). Invité à se déterminer sur ces nouvelles pièces médicales, le Dr L. _____ indique, dans son rapport du 6 août 2024, que l'aspect bénin des nodules de la glande

thyroïde ne justifie pas de poursuivre les investigations, non sans toutefois préciser que le diagnostic d'une éventuelle pathologie thyroïdienne nécessiterait des renseignements anamnestiques, cliniques et un bilan sanguin. Par ailleurs, la radiographie des nodules dans le poumon gauche évoque une altération fibreuse séquellaire d'une pneumopathie antérieure ou de la radiothérapie du sein gauche en 2021 ; à défaut toutefois de disposer de renseignement anamnestique et clinique ainsi que d'un bilan sanguin, le Dr L. _____ renonce toutefois à émettre un définitif. S'agissant des nodules hépatiques, le Dr L. _____ explique que certains d'entre eux présentent un aspect d'hémangiomes bénins, lesquels ne nécessitent aucune investigation, alors que d'autres sont de nature indéterminée et appellent un complément d'investigation médicale, le nodule situé derrière le rein gauche et adhérent au diaphragme, en particulier. Enfin, l'asymétrie des dimensions rénales, découverte fortuitement, peut être ignorée dès lors qu'elle ne donne lieu à aucune plainte. Sur la base de ces constats, l'OAIE conclut à l'admission partielle du recours et au renvoi de la cause à son intention afin de préciser la nature de certains des nodules

C-3073/2024 Page 29 hépatiques, ainsi que du nodule rétropéritonéal adhérent au diaphragme derrière le rein gauche (TAF pce 7). De l'avis de la Cour de céans, les rapports d'échographies, de CT-Scan et d'IRM produits en instance de recours objectivent la présence, avant le prononcé de la décision litigieuse, de nodules dans la glande thyroïde, le foie, le poumon gauche et le rein gauche. Ils sont établis et discutés par les Drs P. _____, R. _____ et O. _____, tous spécialisés en radiologie. De manière concordante, l'ensemble des avis médicaux exprimés s'accordent à considérer que des examens complémentaires sont nécessaires afin de déterminer la nature de ces nodules ainsi que leur impact sur la santé de l'assurée respectivement sur sa capacité de travail. 7.5.2 Sur le plan neurologique, la recourante produit : – Un compte rendu de CT-Scan de la colonne lombaire établi le 8 janvier 2024 par le Dre S. _____ (neuroradiologue) révélant, aux niveaux L4- L5, une discrète protrusion discale postérieure entraînant des contacts radiculaires discrets en L5, bilatéralement ; aux niveaux L5-S1, une protrusion discale médiane postérieure causant également des contacts radiculaires en S1, bilatéralement ; aux niveaux L4-L5 et L5-S1, une arthrose des facettes articulaires ; pour le reste, un canal vertébral lombaire dans les limites des paramètres normaux, sans autre lésion discale (TAF pce 1 annexe). – Un compte-rendu d'IRM de la colonne lombaire établi le 24 février 2024 par le Dr T. _____ (neuroradiologue) n'observant pas d'altérations dégénératives significatives des disques aux niveaux L2-L3 et L3-L4, mais confirmant un très léger bombement diffus du disque, sans compression radiculaire au niveau L4-L5, une petite protrusion discale médiane postérieure au niveau L5-S1 sans compression radiculaire en S1, ainsi qu'une irrégularité et une diminution de l'épaisseur de la face inférieure au niveau du rein gauche (TAF pce 1 annexe). Selon le médecin-conseil SMR F. _____, les altérations dégénératives des disques intervertébraux et des articulations lombaires sont débutantes et usuelles compte tenu de l'âge et du métier de force exercé par la recourante, de sorte qu'il ne recommande aucun examen complémentaire et ne retient aucune limitation fonctionnelle (cf. rapport du 6 août 2024 du Dr L. _____ [TAF pce 7]). Pour autant, le Dr L. _____ n'expose pas les motifs le conduisant à suivre l'avis du Dr T. _____ plutôt que celui du Dre S. _____ alors même que les deux radiologues prennent des

C-3073/2024 Page 30 conclusions médicales divergentes, le premier ne retenant aucune compression radiculaire (cf. rapport d'IRM de la colonne lombaire du 24 février 2024 du Dr T. _____) tandis que le second observe une discrète protrusion discale postérieure

entraînant des contacts radiculaires discrets en L5 ainsi qu'une protrusion discale médiane postérieure causant également des contacts radiculaires en S1 (cf. compte rendu de CT-Scan de la colonne lombaire établi le 8 janvier 2024 par la Dre S. _____). Ces deux rapports ayant été établis par des spécialistes en neuroradiologie, le Tribunal ne saurait suivre l'un au détriment de l'autre sans motivation idoine. A ce défaut, un complément d'instruction s'avère nécessaire afin de préciser la nature de l'atteinte lombaire et d'en évaluer l'impact sur la capacité de travail de la recourante. 7.5.3 Au demeurant, la recourante signale : – des brûlures d'estomac et produit un rapport de gastroscopie du 12 avril 2024 du Dr N. _____ (gastroentérologue) diagnostiquant une œsophagite peptique de degré A et l'amorce d'une hernie hiatale par glissement, sans traitement particulier (TAF pce 1 annexe). A cet égard, le Dr L. _____ considère qu'il s'agit d'une affection banale qui ne justifie pas d'intervention chirurgicale, un traitement médicamenteux suffisant (cf. rapport du 6 août 2024 du Dr L. _____ [TAF pce 7]). – des paresthésies des membres supérieurs et inférieurs et produit un rapport d'électromyographie des membres supérieurs établi le 18 janvier 2024 par la Dre U. _____ (dont la spécialisation n'est pas précisée) observant des résultats dans la norme pour les membres inférieurs, mais diagnostiquant un syndrome du tunnel carpien bilatéral à prédominance sensitive d'intensité légère au niveau du nerf médian droit et débutante à gauche (TAF pce 1 annexe). De l'avis du Dr L. _____, l'atteinte aux membres supérieurs se résume à une altération mineure ne nécessitant aucune intervention chirurgicale ni traitement médical (cf. rapport du 6 août 2024 du Dr L. _____ [TAF pce 7 annexe 2]). – des élancements dans le sein gauche à l'union du quadrant supérieur et des douleurs dorsales pouvant être liées à l'asymétrie entre les deux seins. Elle produit un rapport du 17 avril 2023 au terme duquel les Drs V. _____ et W. _____ (spécialiste en oncologie) constatent, deux ans après la fin de la radiothérapie du sein gauche, l'absence de signe clinique ou radiologique en faveur d'une récurrence, mais la persistance d'un œdème malgré le drainage lymphatique. Afin de corriger

C-3073/2024 Page 31 l'asymétrie entre les deux seins, une chirurgie de type lipofilling mammaire est prévue le 27 avril 2023 (TAF pce 1 annexe). En outre, le rapport de mammographie du 30 novembre 2023 de la Dre X. _____ retient un classement ACR 2 (anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire) pour le sein droit et ACR 3 (anomalie probablement bénigne, une surveillance à court terme étant conseillée) pour le sein gauche pour lequel une comparaison avec les examens antérieurs est recommandée (cf. rapport de mammographie du 30 novembre 2023 de la Dre X. _____, radiologue [AI pce 138] ; voir également rapport d'échographie mammaire du 18 janvier 2024 de la Dre Y. _____, radiologue, [AI pce 155]). Dans son rapport du 6 août 2024, le Dr L. _____ ne se prononce pas sur la situation oncologique de l'assurée. 7.6 Compte tenu de tout ce qui précède, le Tribunal constate, d'une part, que la décision litigieuse est fondée sur deux rapports SMR F. _____ dépourvus de valeur probante (cf. supra consid. 7.4.1). D'autre part, les pièces médicales versées au dossier n'établissent pas au degré de la vraisemblance prépondérante une résorption de la polyarthrite rhumatoïde séronégative et de la capsulite rétractile chronique de l'épaule gauche susceptibles d'entraîner depuis la décision d'octroi de rente prononcée le 9 août 2022 une amélioration des capacités de travail et de gain de l'assurée, respectivement une diminution de l'invalidité fondant la suppression du droit à la rente (cf. supra consid. 7.4.2 - 7.4.4). Enfin, les rapports médicaux versés au dossier attestent de nouveaux symptômes aux niveaux du foie, de l'estomac, des reins, des poumons, de la thyroïde et de la colonne vertébrale susceptibles d'entraver la capacité de travail de l'assurée (cf. supra consid. 7.5). Dans ces circonstances, le Tribunal

considère, à l'instar de l'OAIE, qu'un complément d'instruction s'impose afin de procéder à une évaluation globale de l'état de santé de l'assurée, respectivement de sa capacité corrélative de travail dans son activité lucrative habituelle ainsi que dans une activité lucrative adaptée à son état de santé aux fins de déterminer s'il en résulte une modification du degré d'invalidité, respectivement du droit à la rente de l'assurée. Partant, il y a lieu d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'OAIE afin qu'il mette en œuvre le complément d'instruction qui s'impose par le biais d'une expertise pluridisciplinaire. Le mandat d'expertise devra porter sur les disciplines de la rhumatologie, de l'oncologie, de l'hépatologie et de la neurologie, ainsi que sur toute autre discipline que les experts estimeront nécessaires afin de dûment établir l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante dans son activité lucrative habituelle ainsi que dans une activité lucrative de substitution, cela jusqu'au jour de l'établissement du rapport

C-3073/2024 Page 32 d'expertise. En particulier, ils veilleront à examiner si un changement notable des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, respectivement le droit à la rente, s'est produit. Le mandat d'expertise sera confié à des experts indépendants (art. 44 LPGA), désignés dans le respect des droits de participation de l'assurée (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P au sens de l'art. 72bis al. 2 RAI (ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Le cas échéant, ils recueilleront l'avis d'autres spécialistes, étant rappelé qu'il incombe en premier lieu aux experts de déterminer l'étendue des investigations médicales indispensables dans le cas d'espèce (ATF 139 V 349 consid. 3.3 ; arrêt du TF 8C_12472008 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). Le cas échéant, les différentes incapacités de travail ainsi que l'interaction des différentes limitations fonctionnelles feront l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; ANNE-SYLVE DUPONT, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (cf. arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). La recourante étant domiciliée au Portugal, il n'y a pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée. 7.7 Compte tenu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé, de sorte que la décision litigieuse de l'OAIE du 9 avril 2024 doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Par souci d'exhaustivité, le Tribunal ajoute que le retrait de l'effet suspensif prononcé dans le cadre d'une décision de diminution ou de suppression de rente couvre également la période courant jusqu'à ce qu'une nouvelle décision soit rendue après le renvoi de la cause par le tribunal pour instruction complémentaire (ATF 129 V 370 consid. 4), pour autant que la procédure de révision n'ait pas été initiée de façon abusive (ATF 129 V 370 et 106 V 18 ; voir également les arrêts du TF 9C_567/2017 du 21 novembre 2017 consid. 2.2, 8C_451/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2 à 4 et 9C_207/2014 du 1er mai 2014 consid. 5.3). En l'espèce, la procédure de révision a été initiée sur recommandation du SMR F._____ à 6 mois après l'octroi de la rente (cf. rapport final au SMR F._____ du Dr G._____ du 13 mai 2022, AI pce 54). Vu le sort de la cause, l'effet suspensif, retiré dans la décision litigieuse, court jusqu'à ce que l'autorité inférieure rende une nouvelle décision.

C-3073/2024 Page 33 8. Il reste à statuer sur les frais et dépens. 8.1 Vu l'issue du litige, la recourante ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; 132 V 215 consid. 6). Partant, l'avance de frais versée par la recourante à hauteur de CHF 800.- (TAF pce 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase PA). 8.2 En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du

E. 21

février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce toutefois, dans la mesure où la partie recourante n'est pas représentée, le Tribunal peut renoncer à allouer des dépens (art. 7 al. 4 FITAF). L'autorité inférieure n'a pas droit à des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

(Le dispositif figure à la page suivante)

C-3073/2024 Page 34

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