



Cour III
C-3073/2024

Arrêt du 28 novembre 2024

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Philipp Egli, Beat Weber, juges,
Cécile Bonmarin, greffière.

Parties

A. _____, (Portugal)
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
autorité inférieure.

Objet

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

Faits :

A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est une ressortissante portugaise, née le (...), mère de trois enfants nés les (...) 1998, (...) 2001, (...) 2009, mariée et séparée depuis 2015 (AI pces 22 p. 2, 23, 53, 64 p. 3, 72 p. 1). Sans formation certifiée, elle a travaillé au Portugal comme aide-cuisinière dans une école enfantine et, en dernier lieu, à plein temps en Suisse comme ouvrière agricole (employée de dépôt) au service d'une entreprise (...) de fruiticulture. A ce titre, elle a cotisé de manière discontinue aux assurances sociales suisses de juin 1996 à décembre 2020 et portugaises du 1^{er} avril 2002 au 30 juillet 2002 (AI pces 5 p. 3, 22, 24, 30 p. 1, 33 p. 1, 53, 61, 66, 70 p. 24-25, 79, 100). A la suite d'une incapacité totale de travail survenue le 17 décembre 2020, elle a été licenciée avec effet au 31 août 2021, avant de percevoir des prestations d'aide sociale et des indemnités journalières d'assurance-maladie perte de gain à partir de décembre 2020 (AI pces 9 p. 19, 25, 30 p. 1, 42 p. 15-16, 44).

B. Le 11 août 2021, A. _____ a déposé une demande de prestations d'invalidité (AI pce 22).

B.a L'instruction de celle-ci a porté au dossier les avis médicaux suivants :

- celui de la Dre B. _____, oncologue traitant, selon lequel l'assurée a subi le 19 janvier 2021 une tumorectomie sur carcinome canalaire du sein gauche (ablation de la plaque aréolo-mamelonnaire [PAM] et du ganglion sentinelle) suivie d'un traitement par radiothérapie terminé en avril 2021. En raison de douleurs articulaires diffuses, il avait été procédé à un bilan rhumatologique lequel avait mis en évidence une polyarthrite rhumatoïde débutante pour laquelle un traitement par Méthotrexate avait été prévu. Il avait été renoncé à un traitement d'hormonothérapie adjuvante en raison d'éventuels effets secondaires sur le plan articulaire, à la faveur d'un suivi simple en oncologie, selon les besoins (cf. rapport du 1er juillet 2021 du Dre B. _____ spécialisée en oncologie [AI pce 48 p. 5-6]). Le 6 avril 2022, l'oncologue a indiqué que l'assurée n'était plus suivie en oncologie ambulatoire depuis le 1er juillet 2021. Il avait été définitivement renoncé à un traitement d'hormonothérapie adjuvante car s'il ne changeait pas les données de survie globale de la patiente, il pouvait en revanche aggraver les symptômes de la pathologie rhumatismale (AI pce 52).
- celui du Dr C. _____, rhumatologue traitant, qui a constaté, à distance d'environ 2 à 3 semaines du début du traitement par radiothérapie en mars 2021 pour un cancer du sein gauche opéré en janvier 2021,

que la patiente souffrait de douleurs avec tuméfaction des poignets et des mains, de raideur dans les mains, les pieds et les genoux. Le rhumatologue a diagnostiqué une polyarthrite rhumatoïde séronégative très active et prescrit un traitement par Méthotrexate (cf. rapport du 29 juin 2021 du Dr C. _____ spécialisé en médecine interne et des maladies rhumatismales [AI pce 48 p. 7-8]). Le 4 janvier 2022, il a observé 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. Celle-ci rapportant en revanche une importante douleur au niveau du moignon de l'épaule gauche, le Dr C. _____ a diagnostiqué une capsulite rétractile favorisée par le cancer du sein suivie d'une radiothérapie et par plusieurs fractures costales gauches, avant de conclure à une incapacité totale de travail de durée indéterminée (AI pce 48 p. 4). Le 11 mars 2022, le rhumatologue a relevé un état dépressif réactionnel aux diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séronégative en rémission partielle mais non stabilisée, d'épaule gauche gelée et de tumorectomie pour un cancer du sein et radiothérapie, avant de confirmer une incapacité totale de travail de l'assurée dans toute activité lucrative, le problème étant le cancer (AI pce 48 p. 2-3). Le 5 avril 2022, il a noté chez la patiente des douleurs polyarticulaires avec raideur matinale durant plus de 30 minutes ainsi qu'une épaule gauche gelée et a retenu les diagnostics – entraînant une incapacité de travail totale et de durée indéterminée – 1) de polyarthrite rhumatoïde séronégative active laquelle n'était en phase ni de rémission ni de stabilisation et nécessitait éventuellement un traitement biologique après le cancer du sein et 2) de capsulite rétractile sévère de l'épaule gauche consécutive à la tumorectomie pratiquée le 19 janvier 2021 puis à la radiothérapie et traitée par hydro-dilatation avec mobilisation sous anesthésie de l'épaule et physiothérapie intensive. En outre, il a posé le diagnostic – sans incidence sur la capacité de travail – 3) de dépression réactionnelle (AI pce 49).

- celui du médecin-conseil de l'assurance-maladie perte de gain qui a considéré que l'assurée présentait une capacité de travail nulle dans son activité lucrative habituelle depuis le 17 décembre 2020 (cf. rapport du 23 septembre 2021 du Dr D. _____ spécialisé en médecine interne [AI pce 42 p. 2]).
- celui de la Dre E. _____, généraliste traitant, qui a posé les diagnostics de 1) status post-tumorectomie pratiquée en janvier 2021 et radiothérapie sur carcinome canalaire du sein gauche et 2) polyarthrite

rhumatoïde séronégative dont les premiers symptômes étaient apparus en décembre 2020 respectivement mi-mars 2021. Elle a indiqué que si la problématique du carcinome mammaire était sous contrôle, la patiente se plaignait en revanche surtout de douleurs articulaires en lien avec la polyarthrite rhumatoïde séronégative. Depuis l'introduction du traitement de celle-ci en juillet 2021, les douleurs aux niveaux des pieds et des genoux avaient diminué. Par contre, il persistait des arthralgies dans les mains et les épaules avec une importante raideur matinale. La patiente avait de la peine à utiliser ses mains. La mobilité et la force dans les mains et les bras étaient réduites, de sorte que la patiente avait des difficultés à saisir et à porter les fruits et les plateaux. Il en résultait une incapacité totale de travail dans l'activité lucrative habituelle depuis le 17 décembre 2020, incapacité à réévaluer au gré de l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde séronégative, seule une activité lucrative s'exerçant sans les bras ni les mains étant envisageable (cf. rapports des 17 septembre 2021 et 6 juillet 2021 de la Dre E. _____ [Al pce 42 p. 9-12]). Dans son rapport du 14 avril 2022, elle a rappelé l'anamnèse médicale caractérisée par l'apparition 1) en décembre 2020, d'un cancer du sein gauche ayant nécessité une prise en charge chirurgicale puis une radiothérapie ; 2) en avril 2021, de douleurs articulaires de type inflammatoire aux niveaux des mains et des pieds avec diagnostic de polyarthrite rhumatoïde en rémission partielle sous traitement ; 3) fin 2021, d'une omalgie gauche dans le contexte d'une capsulite rétractile pour laquelle la patiente était en traitement de physiothérapie ; 4) d'une baisse de la thymie réactionnelle aux différentes problématiques somatiques et à des soucis familiaux. La patiente souffrait d'une omalgie gauche augmentée avec les mouvements, de douleurs articulaires diffuses notamment dans les mains, les pieds et le dos, d'une douleur persistante au sein gauche avec tuméfaction, de troubles du sommeil, ainsi que d'une baisse de la thymie. La généraliste a retenu les diagnostics de 1) carcinome canalaire du sein gauche avec tumorectomie le 19 janvier 2021 et radiothérapie, 2) polyarthrite rhumatoïde séronégative très active diagnostiquée en juin 2021, 3) troubles de l'adaptation avec réaction dépressive. Les troubles somatiques entraînaient des 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 et fondaient une incapacité totale de travail depuis le 17 décembre 2020, tandis que le trouble thymique faisait obstacle à une réadaptation. Le pronostic relatif à la capacité de travail de la patiente était a

priori favorable une fois que la polyarthrite rhumatoïde et la capsulite rétractile seraient sous contrôle (AI pce 50 ; voir également le rapport médical détaillé « E213 » du 20 juin 2022 [AI pce 65]).

- celui du Service médical régional F._____ (ci-après : SMR F._____) qui a retenu les diagnostics incapacitants de polyarthrite rhumatoïde séronégative (M06.0) en rémission partielle sous traitement de Méthotrexate, de capsulite rétractile de l'épaule gauche (M 75.0) et de carcinome canalaire du sein gauche (C 50.9) avec tumorectomie et ganglion sentinelle opéré le 19 janvier 2021 et traité par radiothérapie du 23 février au 13 avril 2021, entraînant une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative à compter du 17 décembre 2020 ; en outre, le médecin-conseil SMR a préconisé d'entreprendre une procédure de révision du droit à la rente dans les 6 mois (cf. rapport final SMR F._____ du Dr G._____ [généraliste] du 13 mai 2022 [AI pce 54]).

Se fondant sur l'avis SMR F._____ précité, l'Office cantonal AI H._____ (ci-après : l'OAI-H._____) a mis A._____ au bénéfice d'une rente entière – assortie de deux rentes pour enfants liées à celle de la mère – à partir du 1^{er} décembre 2021 compte tenu d'un degré d'invalidité de 100% résultant d'une incapacité totale de travail survenue à partir du 17 décembre 2020, aux termes d'une décision prononcée le 9 août 2022 (AI pce 66).

B.b En décembre 2022, l'OAI-H._____ a entamé une révision d'office du droit à la rente de A._____ (AI pce 72). Dans ce cadre, l'autorité inférieure a recueilli les rapports médicaux suivants :

- un rapport du 5 septembre 2022 du Dre I._____ (spécialiste en gynécologie et obstétrique) selon lequel l'assurée a subi en janvier 2021 une tumorectomie du sein gauche avec ablation de la plaque aréolo-mamelonnaire et ganglion sentinelle avec symétrisation pour un carcinome canalaire in situ étendu de grade II. A l'examen clinique du 31 août 2022, la patiente formule diverses plaintes dont une hypersensibilité des quadrants supérieurs jusque dans le prolongement axillaire du sein gauche, la palpation étant très désagréable et le sein encore très œdématié. La sensibilité semble très cutanée chez cette patiente qui a présenté une problématique de douleurs en post-opératoire immédiat. Des séances de physiothérapie sont prescrites à long terme pour effectuer des drainages en raison de l'œdème et des exercices de décontracture. La plainte principale de la patiente au jour de l'examen

est essentiellement la différence de taille entre les deux seins. Devant la difficulté d'estimer l'évolution future du sein gauche, une correction du sein droit est envisagée. L'amélioration de la symptomatologie douloureuse dépendra d'une très bonne compliance à la physiothérapie (AI pce 90).

- un rapport du Dre J. _____ (généraliste) du 3 avril 2023 qui observe une mastalgie persistante à gauche post tumorectomie du sein gauche, une omalgie gauche persistante – accrue par les mouvements – consécutive à la capsulite rétractile gauche, des troubles du sommeil, une baisse de la thymie, ainsi que des douleurs articulaires diffuses (mains, pieds, dos entre autre), ainsi que, résultant de la polyarthrite rhumatoïde séronégative, des gonalgies, des lombalgies, des douleurs aux poignets et aux jambes ainsi qu'une fatigue identiques à 2022. La généraliste retient les diagnostics – avec incidences sur la capacité de travail – de 1) polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée en juin 2021, 2) carcinome canalaire in situ étendu du sein gauche diagnostiqué en janvier 2021 et 3) capsulite rétractile gauche diagnostiquée en 2021, ainsi que les diagnostics – sans incidences sur la capacité de travail – de 1) ablation des trompes en décembre 2016 et 2) trouble dépressif réactionnel diagnostiqué en 2021. La patiente, qui est limitée dans la tenue de son ménage et pour les nettoyages, parvient néanmoins à exécuter ces tâches par étapes et à son rythme (AI pce 93).
- un rapport du 12 février 2023, complété le 13 juin 2023, du Dr C. _____ (rhumatologue) qui fait état d'un suivi régulier de la patiente à la fréquence d'une consultation tous les 1-2 mois et qui retient les diagnostics – avec incidences sur la capacité de travail – 1) de polyarthrite rhumatoïde séronégative en rémission partielle, 2) d'épaule gauche gelée chronique et 3) de dépression réactionnelle à des problèmes psycho-sociaux entraînant des limitations fonctionnelles aux niveaux des mains, des pieds, des genoux et de l'épaule gauche (en particulier en abduction et en élévation) respectivement une incapacité totale de travail de durée indéterminée, le pronostic quant à la possibilité d'exercer une activité lucrative comme femme de chambre étant défavorable. Le rhumatologue précise ne pas instaurer de traitements biologiques, lesquels sont contre-indiqués au regard de l'anamnèse oncologique de la patiente (AI pces 82 et 97).
- plusieurs rapports SMR F. _____ selon lesquels l'état de santé de l'assurée se serait amélioré, de sorte que celle-ci aurait recouvré, depuis le 18 juillet 2023, une capacité entière de travail dans une activité

lucrative adaptée (cf. rapport final SMR F. _____ du 18 août 2023 du Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale [AI pce 110], rapport – de l'examen clinique au SMR F. _____ du 18 juillet 2023 – établi le 16 août 2023 par le Dr L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation [AI pce109], prises de position médicale des 19 février 2024 et 13 mars 2024 du Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical de l'OAIE [ci-après : SM/OAIE ; AI pces 153, 158]).

B.c Par décision du 9 avril 2024 fondée sur les avis précités du SMR F. _____, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) – compétent depuis le transfert de domicile de l'assurée au Portugal le 31 juillet 2023 (AI pces 99-100) – a écarté les objections de celle-ci contre le préavis du 1^{er} décembre 2023 et prononcé la suppression de son droit à une rente entière, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision de suppression, compte tenu d'une amélioration de sa capacité de travail respectivement de gain entraînant un degré d'invalidité de 0% à partir du 18 juillet 2023, soit du jour de l'examen clinique au SMR F. _____ (cf. supra). En outre, il a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours (AI pces 124 - 147 et 165).

C. Par écriture postée le 13 mai 2024, A. _____ interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) contre la décision du 9 avril 2024 dont elle requiert l'annulation. Contestant toute amélioration de son état de santé, elle se prévaut au contraire d'une dégradation de celui-ci, rapports médicaux à l'appui. Elle ajoute qu'aucune activité lucrative ne répond aux limitations fonctionnelles listées par l'OAIE, cela d'autant plus qu'elle vit dans une région rurale du Portugal où le chômage est très élevé et qu'elle ne possède aucun diplôme ni formation certifiée (TAF pce 1 et annexes).

C.a Par écriture responsive du 14 août 2024, l'OAIE conclut à l'admission partielle du recours et au renvoi de la cause à son intention pour complément d'instruction, se référant à la prise de position médicale SMR F. _____ établie en ce sens le 6 août 2024 par le Dr L. _____, selon lequel le dossier médical et les nouveaux symptômes invoqués commandent un complément d'instruction médicale, en particulier afin de préciser la nature de certains des nodules hépatiques, ainsi que du nodule rétro-péritonéal adhérent au diaphragme derrière le rein gauche (TAF pce 7).

C.b La recourante réplique par écriture du 20 septembre 2024, rappelant qu'elle est régulièrement suivie en consultation d'oncologie et de rhumatologie et ajoutant qu'elle sera prochainement opérée du foie, un rapport du 5 septembre 2024 de la Dre M. _____ (spécialisée en chirurgie générale) évoquant une très probable résection chirurgicale d'un nodule hépatique situé dans le segment 7 (TAF pces 9, 10, 11).

C.c Par ordonnance du 2 octobre 2024, le Tribunal a transmis la réplique à l'autorité inférieure et a clos l'échange d'écritures (TAF pce 14).

D. Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits, si besoin est, dans les considérants en droit qui suivent.

Droit :

1.

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA ; RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2).

1.1 Sous réserve d'exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32), le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021) prises par l'OAIE (ATF 141 V 206 consid. 1.1, 140 V 22 consid. 4 et 133 I 185 consid. 2 et les références).

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA. Selon un principe général, les

règles de procédure sont applicables dès leur entrée en vigueur à tous les cas en cours, sauf dispositions transitoires contraires (cf. ATF 130 V 1 consid. 3.2 ; 129 V 113 consid. 2.2).

1.3 Quiconque est touché par la décision et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA ; art. 21a PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de la procédure ayant au demeurant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA).

2.

L'objet du litige porte sur la décision du 9 avril 2024 par laquelle l'OAIE a supprimé le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité à l'issue d'une procédure de révision d'office.

3.

Dans la mesure où la recourante est une ressortissante portugaise, domiciliée au Portugal depuis août 2023, et qu'elle a travaillé et cotisé aux assurances sociales suisses et portugaises, la procédure présente un aspect transnational. La cause doit ainsi être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et

sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n°987/2009).

4.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd., 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, le cas échéant, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

5.

5.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Le 1^{er} janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que

celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706). Dans les cas de révision de rente, ces nouvelles dispositions s'appliquent si la modification déterminante s'est produite après le 31 décembre 2021. Si cette modification s'est produite avant le 1^{er} janvier 2022, ce sont les dispositions de la LPGA, de la LAI et du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent. La date de la modification déterminante est déterminée selon l'art. 88a RAI (arrêt du TF 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} juillet 2023, ch. 9102 en lien avec ch. 5500 à 5505). En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue le 9 avril 2024 sur la base d'une éventuelle amélioration de la capacité de gain de la recourante qui lui serait opposable à compter du 18 juillet 2023, de sorte qu'il convient d'appliquer à la présente cause les dispositions en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022.

5.2 En outre, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 9 avril 2024). Les faits nouveaux qui se sont réalisés avant le prononcé de la décision litigieuse mais qui n'étaient pas connus de l'instance inférieure peuvent être invoqués dans la procédure devant le tribunal des assurances sociales. Il en va de même des nouveaux moyens de preuve (MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, op.cit. § 2.204, p. 132 ; voir également arrêt du TAF C-2077/2020 du 22 novembre 2022 consid. 3.4). Les faits survenus postérieurement, aussi appelés vrais novas, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. 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 (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.) respectivement s'il permet de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b).

5.2.1 En l'occurrence, tel est précisément le cas du rapport d'endoscopie digestive effectuée le 12 avril 2024 par le Dr N._____ (gastroentérologue), lequel pose le diagnostic d'œsophagite peptique et

schéma de hernie hiatale par glissement. En effet, l'endoscopie du 12 avril 2024, effectuée trois jours seulement après le prononcé de la décision litigieuse rendue le 9 avril 2024, constate une pathologie dont les symptômes existaient avant le prononcé litigieux, de sorte que le rapport correspondant est recevable dans la présente procédure de recours (TAF pce 1 annexe ; voir également *infra* consid. 7.5).

5.2.2 C'est également le cas du compte-rendu du CT-Scan de l'abdomen supérieur effectué le 22 avril 2024 par le Dr O. _____ (radiologue), lequel confirme la présence d'au moins quatre nodules dans le foie et d'un nodule dissimulé derrière le rein gauche adhérent au diaphragme (TAF pce 1 annexe ; voir également *infra* consid. 7.5). Dès lors que le CT-Scan de l'abdomen supérieur du 22 avril 2024 fait suite à l'échographie de l'abdomen supérieur du 26 février 2024, ainsi qu'aux TC-Scan de l'abdomen supérieur du 11 mars 2024 et du thorax du 2 avril 2024 de la Dre P. _____ (radiologue ; TAF pce 1 annexes), il permet de mieux appréhender l'état de santé de la recourante au moment de la décision litigieuse, de sorte qu'il est recevable dans la présente procédure de recours.

5.2.3 Enfin, le rapport du 5 septembre 2024 de la Dre M. _____ (TAF pces 11 et 13 ; voir également *infra* consid. 7.5) préconise l'ablation chirurgicale d'un nodule hépatique. Ce constat s'inscrit dans les investigations médicales conduites sur le plan hépatique dès le mois de février 2024 (cf. *supra* consid. 5.2.2). Dès lors qu'il permet de mieux appréhender l'état de santé de la recourante au moment de la décision litigieuse, il est également recevable dans la présente procédure de recours.

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique,

mentale ou psychique, 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 (art. 6, 1^{ère} phrase LPGGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGGA).

6.2 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGGA, 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).

6.2.1 Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification du degré d'invalidité, il s'agit de comparer les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse avec 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 fondé sur une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit, en présence d'indices laissant entrevoir une modification des facteurs économiques (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.4 ; arrêt du TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 ; MARGIT MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGGA, 2018, art. 17 n. 20 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 n. 19).

6.2.2 Tout changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, 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. Tel est le cas, par exemple, lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé ne justifie pas une révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les réf. cit. ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 134 V 131 consid. 3 ; 133 V 545 consid. 6.1 à 6.3 et 7.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; voir également arrêt du TF

9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-1885/2021 du 7 juin 2023 consid. 4.2.1 ; MOSER-SZELESS, op.cit., art. 17 n. 11 ss, et les réf. cit.). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les réf. cit. ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11 ss). En matière de révision, il revient au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera écarté (arrêt du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

6.2.3 Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, 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. 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 (art. 88a al. 1 RAI).

6.2.4 Dans le cadre d'une éventuelle suppression ou diminution du droit à la rente, le fardeau de la preuve relative à une modification notable du taux d'invalidité incombe à l'assureur qui supporte les conséquences de l'absence ou de l'échec de cette preuve, laquelle doit être rapportée au degré, usuel en droit des assurances sociales, de la vraisemblance prépondérante (arrêt du TF 9C_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 ; arrêt du TAF C-7097/2018 du 3 avril 2023 consid. 5.1.4 et les réf. cit.).

6.3 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1).

6.3.1 Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets,

qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, op.cit., art. 57 LAI n° 33).

6.3.2 Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu. Selon la jurisprudence, il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : ainsi, ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaquant contre leur fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE (SM/OAIE) doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

6.3.3 Les services médicaux régionaux (SMR) peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne assurée ; ils consignent les résultats de ces examens par écrit (art. 49 al. 2 RAI). Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR sont comparables aux expertises médicales indépendantes, réalisées par un expert externe à l'assureur, et peuvent avoir valeur probante s'ils répondent aux exigences

matérielles et formelles requises par la jurisprudence en la matière (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; 134 V 231 consid. 5.1) et si le médecin ayant réalisé l'examen sur la personne dispose, comme tout expert, des compétences professionnelles nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1). Il convient toutefois, dans ces constellations, de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves, identiques à celles posées pour les expertises réalisées par un médecin rattaché à un assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du TF 8C_262/2016 du 22 septembre 2016 consid. 4.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 44).

7.

Pour examiner le bien-fondé de la décision de suppression du droit à la rente rendue le 9 avril 2024, il convient de comparer les faits ayant présidé à ce prononcé (cf. *infra* consid. 7.2.) avec ceux ayant fondé l'octroi de la rente d'invalidité par décision du 9 août 2022 correspondant au dernier examen matériel du droit à la rente (cf. *infra* consid. 7.1).

7.1 Par décision du 9 août 2022, l'OAIE a mis la recourante au bénéfice d'une rente entière à partir du 1^{er} décembre 2021 compte tenu d'une incapacité de travail de 100% dans toute activité lucrative dès le 17 décembre 2020. A l'appui de ce prononcé, l'autorité inférieure s'est fondée en particulier sur le rapport final SMR F._____ du 13 mai 2022 du Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale (AI pce 54). Aux termes de celui-ci, les diagnostics incapacitants retenus étaient alors de :

- 1) polyarthrite rhumatoïde séronégative (M06.0) en rémission partielle sous traitement de Méthotrexate et traitement biologique en discussion,
- 2) capsulite rétractile de l'épaule gauche (M 75.0),
- 3) carcinome canalaire du sein gauche (C 50.9) avec tumorectomie et ganglion sentinelle opéré le 19 janvier 2021 et traité par radiothérapie du 23 février au 13 avril 2021.

Le médecin-conseil SMR F._____ a expliqué que, sur le plan oncologique, l'assurée avait présenté initialement un cancer du sein gauche pour lequel elle avait bénéficié d'une prise en charge chirurgicale (tumorectomie) suivie d'un traitement de radiothérapie jusqu'en avril 2021, sans chimiothérapie ni hormonothérapie. 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. Sur le plan ostéoarticulaire, l'assurée avait

développé 1° une polyarthrite rhumatoïde séronégative diagnostiquée en juin 2021 et depuis lors en rémission partielle à la faveur d'un traitement immunosuppresseur de Méthotrexate – un traitement biologique étant envisagé en complément – , puis dès la fin 2021, 2° une capsulite rétractile de l'épaule gauche – favorisée par la chirurgie du sein et le traitement de radiothérapie – avec d'importantes douleurs et une impotence fonctionnelle (restriction sévère de la mobilité). 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, étant précisé qu'il était notoire que celle-ci évoluât de manière générale favorablement en l'espace de 1-2 ans avec une récupération en principe complète. L'état de santé n'était pas stabilisé compte tenu des adaptations thérapeutiques en cours pour la polyarthrite rhumatoïde séronégative – en particulier l'introduction envisagée d'un traitement biologique – et pour la capsulite rétractile – physiothérapie intensive – , lesquelles étaient susceptibles d'apporter une amélioration de l'état de santé de l'assurée dans les mois à venir, de sorte que le Dr G. _____ a suggéré de procéder à une nouvelle évaluation de l'état de santé à 6 mois.

7.2 Par décision du 9 avril 2024, l'autorité inférieure supprime – avec effet au 1^{er} jour du deuxième mois suivant la notification de la décision de suppression – le droit à la rente susmentionné, considérant que l'assurée bénéficie d'une amélioration de son état de santé lui ayant permis de recouvrer dès le 18 juillet 2023, une capacité de travail de 100% dans une activité lucrative adaptée. A l'appui de ces considérations, l'OAIE se fonde sur le rapport final SMR F. _____ du 18 août 2023 du Dr K. _____, lui-même fondé sur le rapport d'examen clinique au SMR F. _____ établi le 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 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,

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 sacroiliaques sont mobiles symétriquement et douloureuses aux tests de fonction et de contrainte. Les articulations de la hanche, du genou – hormis un

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 patiente. 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

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 l'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

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

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 [Al 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* consid. 7.1). En outre, le Dr L. _____ considère de manière contradictoire que le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche au stade chronique 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 capsulite rétractile de l'épaule gauche qu'à la polyarthrite rhumatoïde séronégative (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 devenir 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 ajouter. Au demeurant, on peut douter que les Drs G. _____ (généraliste) et L. _____ (spécialiste en médecine physique et réadaptation) disposent

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 amélioration 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 séronégative était en rémission partielle sous traitement de Méthotrexate, un traitement 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 décision 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 inchangé depuis la décision d'octroi de rente du 9 août 2022, l'autorité inférieure manque à démontrer médicalement une amélioration de la polyarthrite au-delà de la rémission partielle. Au contraire, la documentation médicale figurant au dossier établit que depuis l'introduction du traitement de

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.

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

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).

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

inférieur du rein gauche, de sorte qu'un contrôle par tomодensitométrie 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 4^{ème} 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 tomодensitométrie 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

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

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

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

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. 72^{bis} 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 1^{er} 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.

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, 1^{ère} phrase PA).

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)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'OAIE du 9 avril 2024 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le rapport du 5 septembre 2024 de la Dre M. _____ produit en instance de recours est transféré à l'OAIE.

5.

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'OFAS.

(L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.)

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Gehring

Cécile Bonmarin

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF (RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :