



Arrêt du 31 août 2023

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Michael Peterli, juges,
Julien Theubet, greffier.

Parties

A. _____, (France)
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, suppression de la rente
(décision du 30 juin 2021).

Faits :**A.**

A.a A. _____ – aide-familiale de formation, née en 1974, domiciliée en France et mère de deux enfants nés en 2000 et 2003 – a travaillé en Suisse durant de nombreuses années, à temps partiel, en tant que sommelière et aide-familiale notamment (OAIE pces 3, 5 et 7).

A.b Par décision du 16 mars 2012 (OAIE pce 29), l'assureur-invalidité lui a accordé – dès le 1^{er} octobre 2010 – une rente d'invalidité entière fondée sur un degré d'invalidité de 75 % résultant d'une incapacité complète dans l'activité d'aide familiale (part lucrative de 70%) et d'une incapacité de 16.70 % dans l'activité de ménagère (part ménagère de 30 % ; cf. à ce propos rapport d'enquête ménagère du 24 août 2011, OAIE pces 28 et 33). Se référant essentiellement à l'avis fourni le 17 mai 2011 par le Dr B. _____ – psychiatre SMR –, l'office AI a considéré que l'assurée présentait une incapacité de travail complète dès octobre 2009 en raison principalement d'un trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne avec syndrome somatique (CIM-10 F31.31) à l'origine de troubles cognitifs liés à la dépression, d'une perte du plaisir, d'un sentiment de désespoir, d'un mauvais caractère, d'idées suicidaires récurrentes et d'idées de référence sous stress ; à cette pathologie principale s'associe un status après deux épisodes d'embolie pulmonaire sur thrombose veineuse profonde des membres inférieurs ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile de type impulsif qui n'est toutefois pas « du ressort de l'AI » (OAIE pce 23 ; cf. également rapports SMR des 14 février et 31 mai 2011, OAIE pces 21 et 24).

B.

B.a En décembre 2014, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité précédente ou inférieure) a ouvert une procédure de révision du droit à la rente (OAIE pce 36 ; cf. également OAIE pce 45). Selon la documentation médicale recueillie dans ce contexte, l'assurée a séjourné à l'Hôpital C. _____ (ci-après : H C. _____) du 17 au 19 mars 2012 en raison d'importantes douleurs abdominales ayant donné lieu à la réalisation d'un bilan biologique, resté dans la norme (OAIE pce 59). Le 3 juin 2012, l'assurée a de nouveau été prise en charge par l'H C. _____ pour des douleurs à la respiration, puis, le 6 juin 2012, pour la réalisation d'une conisation à l'anse diathermique (OAIE pce 57). Dans un rapport du 14 août 2015, le Dr D. _____ – médecin généraliste – a attesté suivre l'assurée depuis août 2006 en raison de

troubles bipolaires (F31.3) existant depuis octobre 2009, d'un status après thrombose veineuse profonde répétitive et embolie pulmonaire ainsi que d'un status après abus de substances ; aux yeux du médecin traitant, l'intéressée – qui présente une humeur instable en dépit du traitement de psychothérapie mis en place – « ne peut pas suivre un travail régulier » (OAIE pce 80 ; cf. également OAIE pces 79, 82 et 86). Les 11 et 14 décembre 2015, l'assurée a séjourné dans le service des urgences de l'Hôpital E. _____ (ci-après : H D. _____) pour des douleurs basi-thoraciques gauches d'une part et pour une plaie de la face antérieure du poignet gauche d'autre part (OAIE pce 106 ; cf. également TAF pce 10 annexes).

Invité à déterminer si « l'état de santé [de l'assurée] justifie la poursuite de l'invalidité », le Dr F. _____ – psychiatre – a exclu cette éventualité dans un rapport du 24 décembre 2015, considérant que celle-ci présente des dispositions de la personnalité qui « ne constituent pas une anomalie évolutive mentale ou psychique [grave et invalidante] » (OAIE pce 113). Dans un rapport médical détaillé E213 du 4 janvier 2016, le Dr G. _____ – dont la spécialisation ne ressort pas du dossier – a pour sa part considéré que la situation de l'assurée s'était améliorée par rapport à l'examen précédent, décrivant un « excellent état général » caractérisé uniquement par une certaine anxiété et immaturité (OAIE pce 112).

Par décision du 16 août 2016, l'OAIE a admis à la suite de son service médical que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré de manière à justifier la suppression du droit à la rente dès le 1^{er} octobre 2016 (OAIE pces 116, 123 et 125). Cette décision a toutefois été annulée par décision rendue pendente lite le 29 novembre 2016 à la lumière d'une prise de position de la Dre H. _____ – médecin SMR spécialisée en médecine générale et en médecine physique et de réadaptation – dont il ressort que l'intéressée est incapable de travailler depuis le 3 mai 2016 en raison d'un lupus érythémateux diagnostiqué dans le cadre d'une hospitalisation à l'H E. _____ du 3 mai au 8 juillet 2016 (OAIE pces 145 et 147 ; cf. également rapports de l'H E. _____ des 2 mai, 29 juin et 13 septembre 2016, ainsi que rapport du Dre I. _____ du 13 septembre 2016 et résultat de l'IRM encéphalique du 23 septembre 2016, OAIE pces 131, 132, 137, 140, 149, 153 et 198).

B.b Le 14 octobre 2016, l'assurée a été reçue en consultation à l'H E. _____ pour des douleurs basithoraciques gauches pariétales (OAIE pce 197). Elle a fait l'objet le 14 novembre 2016 d'une hystérectomie et salpingectomie bilatérale pour une lésion malpighienne intra épithéliale de haut grade (OAIE pce 196 ; cf. également compte-rendu de consultation

du 20 octobre 2016, TAF pce 10 annexes). Le 30 juillet 2017, elle a été hospitalisée en urgence pour des céphalées (TAF pce 10 annexes). Lors d'une consultation de suivi au service des maladies infectieuses de l'H E._____, l'assurée a signalé une discrète sensibilité au niveau de la pulpe des doigts (TAF pce 10 annexes).

Ensuite, dans un compte-rendu de consultation du 5 mars 2018, le Dre J._____ – qui assure le suivi de la maladie lupique de l'assurée – a rapporté les résultats d'examens cardio-pulmonaire et neurologique restés sans particularité, décrivant un état général parfaitement bien conservé ; aussi ce médecin a-t-il retenu les diagnostics de glomérulonéphrite aiguë, avec insuffisance rénale aiguë sévère, atteinte valvulaire compliquée d'un œdème pulmonaire aigu et d'une hémorragie intro-alvéolaire et thrombopénie (OAIE pce 195). Dans un compte-rendu de consultation du 13 septembre 2018, il a fait état d'un examen clinique sans particularité, d'un état général parfaitement bien conservé, ainsi que de l'absence de signe fonctionnel respiratoire, digestif ou urinaire (OAIE pce 194). Le 21 mars 2019, le Dre J._____ a rapporté au status clinique des « polyarthromyalgies diffuses évoquant peut-être une fibromyalgie sans arthrite franche » ainsi qu'un syndrome de Raynaud modéré avec notamment la phase asphyxique ; au titre de lésions séquellaires, le médecin-traitant a fait état d'une insuffisance rénale chronique ainsi que d'une insuffisance mitrale stade III (OAIE pce 192 ; cf. également rapport d'échographie cardiaque du 2 avril 2019). A la suite d'une consultation du 12 avril 2019, le Dre K._____ du service de néphrologie-dialyses de l'H E._____ a considéré que la néphropathie de l'assurée était parfaitement stable, sans signe de récurrence lupique (OAIE pce 193).

B.c Le 16 décembre 2020, le Dr G._____ a expliqué, après avoir dressé le status clinique de l'assurée, que celle-ci présentait un lupus avec ralentissement rénal modéré, des troubles psychiatriques sévères n'étant en revanche pas mentionnés (OAIE pce 220). De son côté, le Dr F._____ a considéré dans un rapport du 4 février 2021 que « l'invalidité pour motif psychiatrique a résulté d'une erreur de diagnostic, celle-ci étonnant dans la mesure où [l'assurée] n'a jamais présenté de signes d'un trouble bipolaire au sens clinique du terme, [mais se plaignait] d'algies sans substratum organique, symptomatiques d'une anxiété [...] réactionnelle à des conditions de vie difficiles à l'époque, à moins qu'il ne se soit déjà agi des signes du lupus » ; cela étant, le médecin conseil a retenu que « l'état de santé psychiatrique actuel de [l'assurée] ne justifie pas l'invalidité » (OAIE pce 219).

Dans une appréciation du 8 avril 2021, le Dre L. _____ – médecin SMR spécialisé en médecine interne et en néphrologie – a expliqué que l'assurée présentait une maladie du lupus diagnostiquée en 2016 à laquelle est associée une atteinte rénale avec dysfonctionnement rénal aigu sévère, une anémie, une thrombopénie, une endocardite de Lipman Sachs, des événements thrombo-emboliques et une aggravation d'une insuffisance mitrale. Grâce à un traitement par immunosuppresseurs, l'état de santé a connu une amélioration avec la normalisation durable de l'état général, de l'hématologie et de la fonction cardiaque ; ainsi, seules persistent une insuffisance rénale résiduelle de degré modéré et une insuffisance mitrale minimale qui n'ont pas d'influence sur la capacité de travail dans une activité physique légère à moyenne, parfaitement exigible depuis le 5 mars 2018. Se fondant par ailleurs sur les déclarations de l'assurée (cf. réponse au « questionnaire complémentaire pour la révision », OAIE pce 189), le Dre L. _____ a chiffré à 4 % l'empêchement dans les travaux ménagers (OAIE pce 230).

Se référant aux prises de position des Drs G. et F. _____, le Dr M. _____, psychiatre, a retenu – dans une appréciation du 12 avril 2021 – que l'assurée présente, sur le plan psychique, une pleine capacité de travail dès le 16 décembre 2020 (OAIE pce 232).

B.d Par décision du 30 juin 2021, l'OAIE a supprimé – avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification – la rente allouée à l'assurée depuis octobre 2009, reconnaissant à cette dernière un degré d'invalidité de 14 % insuffisant pour fonder le droit aux prestations (OAIE pce 237).

C.

L'assurée interjette recours contre la décision de l'OAIE du 30 juin 2021, concluant à son annulation (TAF pces 1, 10 et 17). A l'appui de ses conclusions, elle produit notamment une appréciation médicale du 12 janvier 2022 aux termes de laquelle le Dr N. _____ explique que les pathologies de l'assurée nécessitent un suivi en médecine interne et des bilans biologiques réguliers (TAF pce 10 annexes).

Pour sa part, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pces 7 et 14). Dans une prise de position du 27 février 2022 produite au cours de la procédure judiciaire, le Dre L. _____ a retenu que les documents médicaux présentés dans le cadre de la procédure judiciaire n'ont aucune influence sur son évaluation du 8 avril 2021, qui est confirmée en tous points. Aussi le médecin conseil a-t-il réitéré que

les traitements mis en place ont permis la normalisation durable de l'état général de l'assurée, de l'hématologie et de ses fonctions cardiaque et rénale (TAF pce 14 annexe).

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur au moment de l'examen du recours (ATF 130 V 1).

1.3 Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise. Il se limite en principe aux griefs soulevés et peut concentrer son examen sur ceux qui, sans arbitraire, lui paraissent pertinents (ATF 134 I 83 consid. 4.1 ; 133 III 439 consid. 3.3; 130 II 530 consid. 4.3) ; il n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 135 I 91 consid. 2.1; ATAF 2014/24 consid. 2.2. et réf. citées).

2.

Le litige porte sur la suppression par voie de révision du droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité à compter du deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée.

3.

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel

prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 144 V 210 consid. 4.3. 1 et les références), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dans la mesure où la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date (arrêt du TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 4. 1). Les dispositions visées seront par conséquent citées ci-après, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Vu par ailleurs les éléments d'extranéités ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 5.5).

3.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

3.2 En vertu de l'art. 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Aux termes par ailleurs de l'art. 88a al. 1 RAI, l'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en

va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre. Selon l'art 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

3.2.1 Pour autant qu'il ressorte clairement du dossier, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (notamment : arrêts TF 9C_195/2017 du 27 novembre 2017 consid. 4.3.2 ; I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et réf. cit.). 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 lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 144 I 103 consid. 2.1; 141 V 281 consid. 3.7.3; 136 V 279 consid. 3.2.1; 134 V 131 consid. 3 ; cf. également arrêts du TF 9C_292/2012 du 7 août 2012 consid. 2.3 et 9C_962/2010 du 1^{er} septembre 2011 consid. 5.3). De même, un motif de révision existe lorsque les circonstances (hypothétiques) qui justifiaient l'application d'une méthode d'évaluation de l'invalidité déterminée ont subi des changements importants ayant des répercussions sur le choix de la méthode d'évaluation (p. ex. changement de la méthode générale de la comparaison des revenus à la méthode spécifique de comparaison des champs d'activité ou à la méthode mixte; ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1 ; 117 V 198 consid. 3b). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé ne justifie pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 144 I 103 consid. 2.1; 141 V 9 consid. 2.3 et les références).

3.2.2 Le point de savoir si un tel changement des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

3.3 On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI).

3.3.1 Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. Aussi le taux d'invalidité s'évalue-t-il en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

3.3.2 Pour les assurés n'exerçant que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est évaluée selon la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI). L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI; ATF 144 I 28 consid. 2.3; 137 V 334 précité consid. 3.2 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; cf. également arrêt du TF 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2 et réf. citées ; sur la valeur probante des rapports d'enquête ménagère, cf. parmi d'autres arrêts du TF 9C_119/2022 du 12 décembre 2022 consid. 4 et 9C_657/2021 du 22 novembre 2022 consid. 3.2)

3.3.3 Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; arrêt TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; cf. également art. 59 LAI). C'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé

et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2; 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités).

3.3.4 Dans l'arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et a introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêts du TF 8C_740/2022 du 15 juin 2023 consid. 3.2.1 ; 9C_389/2022 du 3 mai 2023 consid. 2.3.1; 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les arrêts cités).

3.3.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les

références ; arrêt du TF 9C_4718/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2). En outre, dans le cadre d'une révision, les constatations médicales doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. A défaut, elles seront dénuées de valeur probante, faute d'aborder les points litigieux de façon circonstanciée (arrêt du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

3.4 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGa ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1).

Lorsqu'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire, d'établir un état de fait conforme à la réalité au regard du degré de preuve requis, il convient d'appliquer les règles générales relatives au fardeau de la preuve. Ainsi, en cas d'absence de preuve, c'est en principe à la partie qui voulait déduire un droit du fait non prouvé d'en supporter les conséquences. Cela étant, avant de conclure à l'impossibilité d'établir les faits, il y a bel et bien lieu – conformément au principe inquisitoire – d'entreprendre tout ce qui est raisonnablement exigible pour recueillir les moyens de preuve utiles (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et 138 V 218 consid. 6 ; arrêts du TF 9C_779/2015 du 4 mai 2016 consid. 5.5, 8C_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 3.1.3, 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1 et 9C_961/2008 du 31 novembre 2009).

4.

4.1 En l'occurrence, l'autorité précédente considère que l'état de santé de l'assurée s'est amélioré depuis la décision du 16 mars 2012 lui octroyant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2010. Pour ce faire, elle se fonde essentiellement sur l'évaluation du Dr M. _____ du 12 avril 2021 – qui se réfère lui-même à l'avis du Dr G. _____ du 16 décembre 2020 et à la prise de position du Dr F. _____ du 4 février 2021 – dont il ressort que la recourante présente « un bilan psychiatrique normal » compatible avec une capacité de travail entière depuis le 16 décembre 2020. Comme en atteste par ailleurs le Dre L. _____ dans son évaluation du 8 avril 2021, l'état de santé de cette dernière a connu une amélioration sur le plan physique également, avec la rémission – dès le 5 mars 2018 – de la maladie lupique diagnostiquée en 2016. En dépit de ses atteintes, la recourante reste ainsi en mesure d'exercer toute activité n'impliquant pas le port de charges de plus de 15 kg, les flexions en avant, les activités à genou ou accroupi, l'exposition au froid, au chaud, à l'humidité ou aux intempéries ainsi que le travail de nuit. Toujours selon l'autorité précédente, l'intéressée n'est en outre limitée qu'à hauteur de 4 % dans ses activités ménagères. Compte tenu du salaire qu'elle pourrait réaliser sans atteinte à la santé et de celui pouvant effectivement être obtenu, elle présente une invalidité de 14 % entraînant la suppression du droit à la rente.

4.2 Dans son recours, l'assurée fait grief à l'OAIE d'avoir établi les faits de façon incorrecte en lui reconnaissant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Se référant aux avis de ses médecins traitants, elle explique que sa maladie lupique reste handicapante en dépit du traitement mis en place, avec en particulier la persistance d'une fatigue chronique, de douleurs généralisées et de limitations fonctionnelles au niveau de sa main droite et de son pied gauche notamment. Aussi la recourante reproche-t-elle aux médecins conseils de l'autorité précédente d'avoir évalué sa capacité résiduelle de travail à la suite d'examen trop sommaires, lacunaires et peu circonstanciés. En outre, elle fait valoir que les déclarations relatives à son activité ménagère fournies durant la procédure administrative résultent d'un manque de compréhension du questionnaire y relatif et reflètent la situation en vigueur durant la pandémie du coronavirus, soit lorsqu'elle bénéficiait d'une aide accrue de son époux.

4.3 On peut suivre la recourante. Comme énoncé, l'office AI a établi les circonstances médicales pertinentes à la lumière essentiellement des appréciations fournies par ses médecins conseils, soit en particulier celles rendues le 8 avril 2021 par le Dre L. _____ et le 8 avril 2021 par le Dr

M._____. Selon la jurisprudence, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères lorsque comme ici, un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, mais en se référant uniquement ou principalement aux rapports de médecins rattachés aux assureurs : s'il existe un doute même minime (« geringe Zweifel ») sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5; 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4 ; par ailleurs, cf. encore récemment arrêt du TF 8C_696/2022 du 2 juin 2023 consid. 4.3.2). Cela étant, on ne voit pas que les prises de position médicales recueillies par l'autorité précédente suffisent à établir une amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis la décision initiale de rente et permettent de circonscrire sa capacité résiduelle au degré de vraisemblance prépondérante requis. Pour exclure l'existence d'atteintes psychiatriques incapacitantes, le Dr M._____ s'est en effet contenté de reprendre les conclusions formulées par les Drs G._____ et F._____ dans leurs rapports respectifs des 16 décembre 2020 et 4 février 2021, admettant que « ces documents réalisés par deux praticiens indépendants sont cohérents entre eux et pertinents pour attester d'une rémission complète des troubles psychiques au 16 décembre 2020 ». Contrairement à ce que retient le médecin SMR, les appréciations médicales en question – soient-elles cohérentes entre elles – n'apparaissent toutefois pas convaincantes. En particulier, dans ses rapports des 24 décembre 2015 et 4 février 2021, le Dr F._____ ne procède pas à des constatations médicales circonstanciées sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis la décision initiale de rente. En ce qu'il retient que l'intéressée se plaignait à l'époque « d'algies sans substratum organique, symptomatiques d'une anxiété [...] réactionnelle à des conditions de vie difficile à l'époque », ce médecin reproduit à l'inverse une image peu fidèle du tableau clinique retranscrit en 2011 par le Dr B._____, qui décrivait une assurée sujette également à des troubles cognitifs, un état dépressif, une perte du plaisir, d'un sentiment de désespoir, d'un mauvais caractère et d'idées suicidaires récurrentes. Considérant que « l'invalidité pour motif psychiatrique a résulté d'une erreur de diagnostic », le Dr F._____ procède ainsi à une simple appréciation différente de l'état de fait initial, ce qui ne permet pas encore de retenir que la situation médicale de l'assurée s'est effectivement améliorée au cours des dernières années. Dans ces conditions, les prises de position du Dr F._____ peinent à convaincre et ne suffisent pas à conclure que l'assurée a recouvré une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, quand bien même cette dernière explique que sa « santé mental s'est nettement améliorée » au cours des dernières années. Quant à l'évaluation du Dr G._____ du 16 décembre 2020, elle n'apparaît pas

plus convaincante tant elle est succincte et peu circonstanciée, ce médecin se contentant de conclure – sans décrire les circonstances ayant prévalu à l'octroi d'une rente d'invalidité – que l'assurée « ne présente pas de troubles psychiatriques sévères ». Dans la mesure ainsi où elle se rallie largement aux conclusions peu convaincantes des Drs F._____ et G._____, l'évaluation du Dr M._____ est dépourvue de valeur probante.

Au plan somatique, les rapports médicaux sur lesquels s'est fondée l'autorité précédente n'apparaissent pas non plus concluants. Certes, il ressort du suivi des consultations et en particulier du rapport du Dre K._____ du 12 avril 2019 que la maladie lupique de l'assurée est désormais stabilisée grâce à la mise en place d'un traitement adéquat. Il n'en demeure pas moins que cette atteinte continue à déployer des effets délétères, comme en atteste d'ailleurs le Dre L._____ dans sa prise de position documentaire du 8 avril 2021 et comme l'exprime au demeurant l'assurée au cours de la procédure judiciaire. Or, le dossier ne comporte à ce stade pas d'appréciation médicale résultant de l'examen personnel de l'assurée et permettant d'évaluer précisément l'impact de la maladie lupique de l'assurée sur sa capacité de travail (à ce propos, cf. arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3). En particulier, le rapport fourni le 16 décembre 2020 par le Dr G._____ – dont la spécialisation n'est au demeurant pas connue – reste très sommaire sur la manière dont se manifeste la maladie lupique de l'assurée ; du reste, ce rapport – à l'instar d'ailleurs de l'appréciation du Dre L._____ reprise à la base de la décision attaquée – est muet sur les polyarthralgies décrites par le Dre J._____ dans son rapport du 21 mars 2019 et rapportées à une éventuelle fibromyalgie.

4.4 En définitive, dans la mesure où elles se fondent sur des évaluations médicales peu convaincantes, les appréciations fournies par les médecins conseils de l'OAIE laissent subsister un doute quant au bienfondé de leurs conclusions. Cela étant, les pièces médicales au dossier ne fondent en l'état pas de motif de révision emportant réduction de la rente litigieuse. Pour autant, on ne saurait exclure que la preuve de l'existence d'un tel motif puisse être rapportée par la mise en œuvre d'une instruction complémentaire. En effet, si elle n'est à ce stade pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, l'amélioration de l'état de santé de l'assurée n'en demeure pas moins étayée par certains éléments, soit notamment la prise en charge efficace de sa maladie lupique ainsi que ses propres déclarations selon lesquelles son état de santé psychique a favorablement

évolué au cours des dernières années. Aussi un nouvel examen circonstancié de son état de santé s'impose-t-il au cas d'espèce.

Avant de faire application des règles sur le fardeau de la preuve, il s'agira donc de mettre en œuvre le complément d'instruction qui s'impose. A cette fin, la cause sera renvoyée à l'autorité précédente. Pour établir les circonstances médicales pertinentes, celle-ci s'est en effet contentée de solliciter l'appréciation de ses médecins conseils, qui se sont prononcés de façon succincte et trop lacunaire sur les éléments décisifs. Or, une telle façon de faire doit être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4). Aussi, pour établir les faits pertinents dans le cadre de la révision des prestations litigieuses, l'OAIE mettra en œuvre – dans le respect des art. 44 LPGA et 72bis RAI – une expertise médicale pluridisciplinaire comprenant les volets psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne ainsi que toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 147 V 79 consid. 7 et 139 V 349 consid. 3.2). Le cas échéant, il s'agira en outre pour l'autorité précédente d'établir derechef la situation ménagère de l'assurée au moment déterminant de la révision de son droit à une rente d'invalidité.

5.

Dans ces conditions, le recours doit être admis et la décision du 30 juin 2021 annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité précédente pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

6.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. La recourante a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 3 et 4). Il n'est par ailleurs pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(le dispositif se trouve sur la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 30 juin 2021 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- sera remboursée à la recourante avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS).

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, 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 de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :