

BVGer C-1733/2023 vom 28. Februar 2023

Bundesverwaltungsgericht, 2023-02-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1733_2023_d20230228

FR: TAF C-1733/2023 du 28 février 2023

IT: TAF C-1733/2023 del 28 febbraio 2023

Regeste

Recours; vision de la rente | Assurance-invalidité (décision du 28 février 2023)

Erwägungen

E. 1.1

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 al. 1 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

E. 1.2

En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

E. 1.3

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 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).

E. 1.4

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 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 ; TAF pce 4), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 28 février 2023 (OAIE pce 105), par laquelle l'autorité inférieure a procédé à la réduction de la rente entière d'invalidité servie à la recourante, à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, pour lui accorder désormais un quart de rente d'invalidité.

E. 3

L'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où la recourante est une ressortissante polonaise, domiciliée en Pologne, et ayant travaillé en Suisse (ATF 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause, 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 1er 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 1er 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). 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4.1

Au sens de l'art. 49 PA, la recourante peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

E. 4.2

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 ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, 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, 2e 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, 3e 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).

E. 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 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3). Le 1er 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 1er 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 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2023, ch. 9102 en lien avec ch. 5500 à 5505). En l'espèce, l'amélioration déterminante de la capacité de gain, si elle était confirmée, se serait produite avant le 1er janvier 2022, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI. La date à retenir serait alors le 17 novembre 2021, soit trois mois après l'amélioration constatée par le Dr M. _____ le 17 août 2021, comme cela ressort de l'avis SMR du 4 mai 2022 (OAIE pce 82). Dès lors, 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.

E. 5.2

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 28 février 2023). Les faits survenus postérieurement, 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 influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (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.).

E. 6.1

Il convient d'ajouter qu'en application de l'art. 88 al. 1 RAI, la procédure en révision est menée par l'Office AI qui, à la date du dépôt de la demande en révision ou à celle de réexamen du cas, est compétent au sens de l'art. 40 RAI. Selon l'art. 40 al. 1 let. b RAI, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger est compétent pour enregistrer et examiner les demandes si les assurés sont domiciliés à l'étranger.

E. 6.2

En l'espèce, la recourante était domiciliée en Suisse au moment du dépôt de la demande de prestations du 24 juin 2019 (OAIE pce 4). Lors de l'ouverture de la procédure de révision d'office de la rente entière d'invalidité le 31 mars 2021 (OAIE pce 56), la recourante était domiciliée à S. _____, en Pologne. C'est par conséquent à juste titre que l'OAIE a procédé à l'instruction de la révision d'office du droit à la rente de l'assurée et lui a notifié la décision litigieuse.

E. 7

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de 3 ans (voir supra let. A) et remplissait donc la condition de la durée minimale de cotisations lors de la survenance de l'invalidité au moment de l'octroi initial de la rente par décision du 1er octobre 2020 (OAIE pce 52 ; art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner si elle est toujours invalide au sens de la LAI.

E. 8.1

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 LPGA). 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 LPGA). 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 LPGA).

E. 8.2

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

E. 9.1

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (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 ; Margit Moser-Szeless, Commentaire romand LPGA, 2018, 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, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 n. 11 ss).

E. 9.2

Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification du degré d'invalidité, il s'agit de comparer 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 cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conforme au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (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 ; Moser-Szeless, op. cit., art. 17 n. 20 ; Valterio, op. cit., art. 31 n. 19).

E. 9.3

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de motiver une révision, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, de manière complète, sans que des évaluations antérieures de l'invalidité ne revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente ; il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 6 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_718/2016 du 14 février 2017 consid. 6.2). A l'inverse, si aucune modification notable de l'état de fait n'a pu être établie selon la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu d'effectuer un examen du droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques et d'évaluer à nouveau le degré d'invalidité en conséquence ; la situation juridique prévalant jusqu'alors est maintenue et le droit à la prestation reste inchangé, conformément au principe régissant le fardeau de la preuve (arrêts du TF 9C_158/2012 du 5 avril 2013 consid. 3 ; 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1 ; Moser-Szeless, op. cit., art. 17 n. 27 et 29). 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.).

E. 9.4

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, une 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 tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

E. 9.5

La présence de nouveaux diagnostics, tout comme la suppression de diagnostics, ne constitue pas en soi un motif de révision ; encore faut-il que le changement de la situation soit clairement objectivé et propre à influencer le droit à la rente (ATF 141 V 9 consid. 5.2 ; arrêt du TF 9C_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.2.2 et les réf. cit. ; Moser-Szeless,

op. cit., art. 17 n. 12 ; Valterio, op. cit., art. 31 n. 12).

E. 9.6

En matière de révision, la constatation d'un changement propre à fonder un motif de révision résulte de la mise en parallèle d'un état de santé actuel et passé. L'objet de la preuve est ainsi l'existence - en l'occurrence à tirer des rapports médicaux - d'une différence déterminante dans les états de santé. La constatation de l'état de santé actuel et ses conséquences fonctionnelles est bien le point de départ de l'appréciation ; elle n'est cependant pas en elle-même déterminante, elle ne sera pertinente que dans la mesure seulement où elle constatera effectivement une différence entre les données des états de santé actuel et antérieur. Il s'agit donc de distinguer des différences reposant uniquement sur une évaluation différente d'une même situation, qui ne sont pas pertinentes dans le cadre d'une révision, des modifications effectives justifiant une révision. La valeur probante des rapports médicaux établis aux fins d'une révision de rente dépend en conséquence essentiellement de la question de savoir si un changement déterminant des états de santé peut suffisamment être prouvé. Une évaluation médicale considérée pour elle-même en soi complète, convaincante, qui serait probante dans le cadre d'une évaluation initiale à la base de l'octroi initial des prestations (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a), ne revêt par conséquent pas la valeur probante juridique requise si l'évaluation médicale (par rapport à une évaluation médicale antérieure divergente) n'établit pas suffisamment dans quelle mesure un changement effectif de l'état de santé a eu lieu. Sont réservées les situations dans lesquelles une modification de l'état de santé est évidente. La question de savoir si un tel changement s'est produit ou si, du point de vue de la révision, il ne s'agit que d'une appréciation médicale différente et sans grande signification d'un état de santé resté inchangé, doit être examinée avec le plus grand soin, notamment au vu de ses conséquences pour la personne concernée. La simple possibilité d'un tel changement ne suffit pas. Il faut qu'il soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1 et 4.2 ; 9C_244/2017 du 26 octobre 2017 consid. 4.2 et 4.2.1 ; 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2 avec H. ; Moser-Szeless, op. cit., art. 17 n. 12 ; Valterio, op. cit., art. 31 n. 12).

E. 10.1

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). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêts du TF 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 4.2.4 et 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid.

5.2.1).

E. 10.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). Ainsi, 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).

E. 10.3

Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que 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 plaidant 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 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).

E. 10.4

Les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, ont avant tout pour objectif de soigner leur patient, avec lequel ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. Leurs rapports répondent donc rarement aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre

parti pour son patient, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui lui a été confié, qui l'unit à celui-ci. Il convient donc d'apprécier ces rapports avec une certaine réserve (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Cela étant, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; les soins prodigués par les médecins traitants s'inscrivent souvent dans le temps et peuvent ainsi s'avérer source de précieux renseignements (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). On en retiendra donc des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; Valterio, op. cit., art. 57 LAI n. 48 et 49). Les rapports des médecins traitants peuvent également semer le doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du TF 9C_147/2018 du 20 avril 2018 consid. 3.2

E. 11

En l'espèce, par la décision litigieuse du 28 février 2023 (OAIE pce 105), l'autorité inférieure a procédé à la réduction de la rente d'invalidité accordée à la recourante par la décision initiale du 1er octobre 2020 (OAIE pce 52), cette prestation passant d'une rente entière à un quart de rente d'invalidité. Dans ces circonstances, conformément à l'art. 17 LPGA et à une jurisprudence constante (cf. consid. 9.2 supra), l'examen du Tribunal portera sur la question de savoir si l'état de santé, respectivement ses conséquences sur la capacité de gain de la recourante, ont subi des modifications notables, comme soutenu par l'autorité inférieure, ou si tel n'est pas le cas, comme défendu la recourante, et ce en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 1er octobre 2020, dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente, et ceux ayant existé jusqu'au 28 février 2023, date de la décision attaquée.

E. 12.1

La rente entière d'invalidité a été initialement accordée à la recourante par la décision du 1er octobre 2020, dans le cadre de la procédure introduite par la demande de prestations du 24 juin 2019 (OAIE pce 4). La recourante s'est retrouvée en incapacité de travail totale depuis le 11 mars 2019, lorsqu'elle a été victime d'un AVC ischémique insulaire et de la corona radiata gauche (rapport du Dr D._____, spécialiste FMH en médecine physique, réadaptation et neurologie, du 17 avril 2019 : OAIE pce 17 p. 14). Après un séjour en réhabilitation (rapport du 18 avril 2019 du Dr D._____: OAIE pce 17 p. 10), le droit à des mesures de réadaptation a été refusé à la recourante par communication du 17 octobre 2019 (OAIE pce 26). Dès le 24 octobre 2019, la recourante a repris son activité habituelle d'ouvrière agricole à 20%, puis, à partir du 1er février 2020, à 40%. Elle s'est toutefois retrouvée à nouveau en incapacité de travail totale dès le 27 mars 2020 (rapport du Dr I._____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin conseil J._____: OAIE pce 36 p. 3). Dans son rapport du 27 avril 2020 (OAIE pce 41), le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a retenu le diagnostic de troubles thymiques et praxiques séquellaires à cet AVC d'origine probablement embolique. Comme limitations

fonctionnelles, le médecin traitant évoquait de la fatigue et de la fatigabilité, ainsi que des problèmes d'attention, de concentration et d'exécution. L'incapacité de travail était selon lui totale depuis le 27 mars 2020. Le compte-rendu de la permanence SMR du 14 mai 2020 (OAIE pce 42) avec le Dr K. _____, médecin SMR, a confirmé les constatations du Dr G. _____. Sur cette base, la décision du 1er octobre 2020 a alloué à la recourante trois quarts de rente d'invalidité du 1er mars au 30 juin 2020, puis une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2020.

E. 12.2

De son côté, la décision du 28 février 2023 procède à la réduction de la rente entière accordée initialement à la recourante, au motif que son état de santé s'est amélioré depuis son octroi et que, de ce fait, son degré d'invalidité s'élève dorénavant à 46,86%. Cette décision est fondée sur l'avis SMR du 20 septembre 2022 (OAIE pce 87) de la Dresse O. _____, spécialiste FMH en neurologie, confirmé par des nouveaux avis le 31 janvier 2023 (OAIE pce 101) dans le cadre des objections, puis les 22 novembre 2023 (TAF pce 12 annexe) et 28 mai 2024 (TAF pce 20 annexe) en procédure de recours. Dans son rapport précité, le médecin du SMR estime substance que les pièces médicales recueillies dans le cadre de la procédure de révision, à savoir les deux rapports du 17 août 2021 (OAIE pce 68) du Dr M. _____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, ainsi que les deux rapports du 9 février 2022 (OAIE pce 77) de la Dresse N. _____, spécialiste en psychiatrie, permettent de retenir une amélioration de l'état de santé de la recourante depuis le 17 août 2021. Dès cette date, la capacité de travail serait toujours nulle dans l'activité habituelle, mais de 50% dans une activité adaptée. La modification de l'état de santé serait intervenue sous la forme d'une amélioration de la motricité de l'hémicorps droit, d'une régression des troubles sensitifs et d'une amélioration de la thymie.

E. 13

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante des rapports médicaux à l'origine de la réduction de rente, étant rappelé que des exigences strictes prévalent à l'égard des rapports établis par les médecins internes à l'assurance, le moindre doute justifiant un renvoi pour instruction complémentaire (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine). Par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical établi en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir s'il explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Un nouveau diagnostic, se basant principalement sur une dénomination différente d'un état de fait resté pour l'essentiel inchangé, ne saurait fonder un motif de révision. Plus le pouvoir d'appréciation médicale est grand quant au diagnostic et aux limitations fonctionnelles, plus il est important de motiver une modification du problème de santé constatée par des attestations cliniques solides, des observations de comportement et des données anamnestiques et de mettre ces éléments en relation avec les données du dossier médical à la base de la décision initiale (cf. arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4).

E. 14.1

Après une étude attentive du dossier, le Tribunal constate que l'instruction mise en oeuvre par l'OAIE ne lui permet pas de statuer en pleine connaissance de cause sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis l'octroi initial de la rente. En effet, la valeur probante de la prise de position du SMR à l'origine de la réduction de rente, à savoir l'avis SMR du 20 septembre 2022, doit être intégralement niée, en raison des nombreuses lacunes affectant

les rapports sur lesquels s'est fondé le médecin interne de l'OAIE - à savoir les deux rapports somatiques du 17 août 2021 du Dr M. _____ et les deux rapports psychiatriques du 9 février 2022 de la Dresse N. _____.

E. 14.2

D'emblée, il sera rappelé que les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales, tel en l'espèce l'avis SMR du 20 septembre 2022, ont pour fonction de porter une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner au dossier. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

E. 14.3

En l'espèce, comme susmentionné, le service médical de l'Office AI, qui n'a pas examiné lui-même la recourante, s'est appuyé sur les rapports recueillis par l'organe de liaison polonais pour statuer sur l'état de santé de la recourante et son évolution depuis l'octroi initial de la rente. Or, que ce soit sur le plan somatique ou psychiatrique, ces rapports sont grandement lacunaires et ne peuvent se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

E. 14.3.1

Ainsi, sur le plan somatique, la recourante a été examinée par le Dr M. _____, spécialiste en orthopédie et en traumatologie. Celui-ci a rendu deux rapports médicaux, datés du 17 août 2021 (OAIE pce 68 ; traductions OAIE pces 72 et 73), dont l'un est présenté dans la prise de position médicale du SMR du 20 septembre 2022 comme un « rapport neurologique » (cf. consid. 14.3.2.1 infra) et l'autre comme un « rapport orthopédique du 30.06.2021 » (cf. consid. 14.3.2.2 infra), alors qu'il date également du 17 août 2021.

E. 14.3.2.1

En premier lieu, s'agissant du prétendu rapport neurologique du 17 août 2021, le Tribunal rappelle que la valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est 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 ; Valterio, op. cit., art. 57 LAI

n° 33). Or, le Dr M._____, médecin spécialiste en orthopédie et traumatologie, ne dispose, au vu des pièces au dossier, d'aucune formation en neurologie, ce qui doit, pour ce premier motif déjà, conduire à nier toute valeur probante à son rapport. Certes, ce praticien mentionne se fonder sur une « attestation du 30.06 » qui aurait été établie par un neurologue. Toutefois, ce document ne figure pas au dossier et n'était pas joint à son rapport. Une prise de position et un examen personnel (documenté) de la recourante par un neurologue était toutefois indispensable avant de statuer sur la révision de la rente entière servie à la recourante. En effet, l'atteinte à la santé principale qu'elle présente, à savoir les séquelles de son AVC subi en 2019, et qui avait justifié l'octroi de la prestation initiale, relève précisément de cette discipline médicale. D'autre part, le Tribunal constate que le contenu de ce « rapport neurologique » est particulièrement sommaire et l'examen clinique pratiquement inexistant, alors qu'il ne contient aucune prise de position sur l'évolution de l'état de santé depuis l'octroi initial de la rente.

E. 14.3.2.2

Certes, comme le rappelle l'autorité inférieure dans son mémoire de réponse du 13 juin 2023 (TAF pce 6), le dossier de la recourante a été soumis, à la fin de l'instruction, à la Dresse O._____, médecin SMR qui dispose effectivement d'une spécialisation FMH en neurologie. C'est d'ailleurs son rapport du 20 septembre 2022 (OAIE pce 87) qui a servi de fondement à la décision attaquée. L'autorité inférieure en déduit que les médecins polonais - en l'occurrence le Dr M._____ - disposaient des compétences pour procéder aux constatations relatives à l'état de santé de la recourante, alors que la Dresse O._____, de par sa spécialisation en neurologie, était parfaitement qualifiée pour évaluer les informations contenues dans ces rapports et leur incidence sur l'état neurologique de la recourante. Un tel raisonnement ne saurait être suivi. En effet, l'autorité inférieure perd de vue que selon la jurisprudence, lorsque les rapports du service médical interne à l'assurance ne résultent pas d'un examen personnel de l'assuré, cela présuppose, pour leur reconnaître pleine valeur probante, que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical établi par des spécialistes, l'examen direct par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). Dans ces circonstances, ne disposant d'aucun rapport établi par un spécialiste en neurologie, la prise de position SMR du 20 septembre 2022 de la Dresse O._____ ne peut que se voir nier toute valeur probante. Une telle conclusion s'impose d'autant plus que des exigences strictes prévalent à l'égard des rapports établis par les médecins internes à l'assurance, le moindre doute justifiant un renvoi pour instruction complémentaire (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine).

E. 14.3.2.3

Il convient d'ajouter qu'en procédure de recours, soit après la décision attaquée et l'appréciation de la Dresse O._____, la recourante a produit un rapport établi par un neurologue FMH, à savoir le Dr R._____, neurologue FMH, daté du 19 février 2024 (TAF pce 18 annexe) et fondé sur un examen personnel de la recourante. Si le Dr R._____ atteste d'une incapacité de travail de 50% dans toute activité - rejoignant ainsi les conclusions de la Dresse O._____ -, il affirme aussitôt, contrairement à l'appréciation de cette dernière, que l'état de santé est demeuré stable depuis juillet 2020, soit l'octroi de la

rente. Par son raisonnement, le Dr R. _____ contredit ainsi le médecin du SMR sur la question pourtant déterminante en l'espèce de l'évolution de l'état de santé de la recourante. Son rapport ne saurait dès lors servir à justifier l'existence d'un motif de révision et, ainsi, à confirmer - a posteriori - les conclusions du SMR (cf. not. arrêts du TF 9C_244/2017 du 26 octobre 2017 consid. 4.2 et 4.2.1 ; 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2).

E. 14.3.2.4

Dans ces circonstances, l'instruction menée par l'autorité inférieure sur le plan neurologique se révèle insuffisante et lacunaire, de sorte que le rapport du 20 septembre 2022 de la Dresse O. _____ doit se voir nier toute valeur probante, pour ce premier motif déjà.

E. 14.3.3

Quant au volet orthopédique de l'instruction, objet selon l'autorité inférieure du second rapport du Dr M. _____, présenté comme un « rapport orthopédique du 30.06.2021 » dans la prise de position SMR du 20 septembre 2022, il n'emporte pas davantage la conviction du Tribunal. Ainsi, dans ce deuxième rapport, le Dr M. _____ ne prend pas non plus position sur la modification de l'état de santé de la recourante, concluant simplement à l'impossibilité de se déterminer (OAIE pce 72 p. 19). Ses conclusions sont de plus incomplètes, puisque le médecin polonais ne répond pas aux questions relatives aux éventuelles limitations affectant les mains. Or, comme rappelé dans la prise de position SMR du 20 septembre 2022 (OAIE pce 87 p. 3), la rente avait été initialement accordée à la recourante en lien notamment avec un déficit de la motricité fine et de la sensibilité proprioceptive du bras droit. Une prise de position du Dr M. _____ sur les capacités fonctionnelles de cette partie du corps était dès lors indispensable. Pour le surplus, le Tribunal constate que le médecin polonais se contredit dans ses conclusions en matière d'incapacité de travail, se déclarant dans un premier temps incapable de se prononcer sur la capacité de travail (OAIE pce 72 p. 21), puis concluant finalement à une capacité complète de 8 heures par jour (OAIE pce 72 p. 23). Enfin, le rapport figurant dans le dossier de l'autorité inférieure ne semble pas complet. En effet, seules figurent les pages 1/14 à 11/14, puis une page 13/15, qui semble avoir été ajoutée après coup.

E. 14.3.4

A ces éléments, il convient encore d'ajouter que le Dr M. _____ n'a procédé à aucun examen complémentaire (OAIE pce 72 p. 17). En particulier, aucun examen neuropsychologique n'a été mis en place, malgré la demande expresse du SMR dans son avis du 25 mars 2021 (OAIE pce 55) et de l'autorité inférieure dans sa correspondance à l'autorité polonaise compétente du 14 mai 2021 (OAIE pce 66). Les lacunes affectant ce second rapport « orthopédique » du Dr M. _____ constituent une raison supplémentaire, à côté de la problématique neurologique, devant conduire à retenir l'absence de valeur probante au rapport de la Dresse O. _____ du 20 septembre 2022.

E. 14.3.5

Enfin, sur le plan psychiatrique, l'instruction de l'autorité inférieure repose sur les deux rapports du 9 février 2022 (OAIE pce 77 ; traduction pce 79) de la Dresse N. _____, psychiatre, que la Dresse O. _____ interprète dans son rapport du 20 septembre 2022 comme démontrant une « amélioration de la thymie ». L'interprétation du médecin du SMR, qui dispose uniquement d'une spécialisation en neurologie, ne correspond toutefois pas au contenu des rapports psychiatriques de la Dresse N. _____. En effet, la psychiatre polonaise évoque au contraire explicitement un état de santé stationnaire (OAIE pce 79 p.

11). En outre, elle ne prend aucunement position sur la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique, hormis la brève mention que celle-ci est susceptible d'être améliorée (OAIE pce 79 p. 14). En second lieu, le Tribunal rappelle que le caractère potentiellement invalidant d'une atteinte psychiatrique doit être examiné à l'aune du catalogue d'indicateurs établi par le Tribunal fédéral (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3). Or, un tel examen n'a eu lieu que très partiellement dans le cas d'espèce - sans qu'il n'existe un motif permettant d'y renoncer (cf. not. arrêt du TF 8C_53/2022 du 5 juillet 2022 consid. 4.2 et les réf. cit.). Dans son rapport du 20 septembre 2022, la Dresse O._____ conclut que les symptômes psychiques se sont progressivement améliorés depuis l'attribution de la rente et qu'il existe « une amélioration globale de l'état de santé avec reprise de plusieurs activités et responsabilités dans la vie quotidienne », évoquant l'autonomie de la recourante dans les activités de la vie quotidienne mentionnée par la Dresse N._____. Or, contrairement à ce que laisse entendre le médecin du SMR, l'autonomie de la recourante ne constitue pas un élément nouveau. Celle-ci avait été en réalité très vite récupérée après son AVC du 11 mars 2019, comme en témoigne le rapport du 18 avril 2019 de C._____ (OAIE pce 17 p. 10). Ce rapport précisait que la recourante avait été évaluée dans diverses activités de la vie quotidienne (élaboration d'une recette, courses, cuisine, changer les draps de lit, couture, ranger des aliments au frigo, déplacements à l'extérieur avec gestion du trafic), pour lesquelles elle s'était montrée indépendante, sécuritaire et efficace. Dans ces circonstances, force est de constater que l'instruction se révèle lacunaire également sur le plan psychiatrique, en particulier sur la question pourtant essentielle de l'évolution de l'état de santé psychique de la recourante depuis l'octroi de la rente.

E. 14.4

Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que des doutes importants subsistent à l'encontre des conclusions de la prise de position SMR du 20 septembre 2022 de la Dresse O._____. Ces doutes doivent conduire à nier toute valeur probante à ladite prise de position.

E. 14.5

S'agissant des avis successifs du SMR des 31 janvier 2023 (OAIE pce 101), 22 novembre 2023 (TAF pce 12 annexe) et 28 mai 2024 (TAF pce 20 annexe), ils se bornent à prendre position sur les nouvelles pièces médicales produites par l'assurée dans le cadre des objections et de la procédure de recours, concluant que ces dernières n'étaient pas de nature à remettre en cause sa conclusion initiale du 20 septembre 2022. Or, comme on l'a vu, la valeur probante de la prise de position du 20 septembre 2022 doit être niée, puisque l'instruction l'ayant précédé était lacunaire. Les avis postérieurs du SMR doivent ainsi également se voir nier toute valeur probante.

E. 15

Dans ces circonstances, l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa ne ressort pas clairement du dossier, ni n'est établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales (ATF 121 V 5 consid. 3b). On ne saurait pour autant exclure que l'état de santé de la recourante se soit modifié de manière à influencer notablement son invalidité. En effet, d'une part, l'état de santé de la recourante n'a pas été instruit de façon complète. D'autre part, bien qu'insuffisants sur les questions pertinentes en matière de révision, les rapports recueillis en Pologne décrivent néanmoins une capacité de travail médico-théorique plus large qu'elle ne l'était lors de l'octroi initial de

la rente entière d'invalidité. Par conséquent, au vu des incertitudes quant à l'état de santé actuel de la recourante, il s'avère nécessaire de clarifier les faits de la cause, la documentation versée au dossier n'étant pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il y a donc lieu de procéder à une instruction complémentaire.

E. 16.1

Aux termes de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les réf. cit.), lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 16.2

En l'espèce, en réponse à l'ordonnance du Tribunal du 25 septembre 2024 l'avertissant d'une potentielle reformatio in peius en cas de renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire (TAF pce 24), la recourante a maintenu son recours par courrier du 8 octobre 2024 (TAF pce 25). Dès lors, dans le cas présent, l'OAIE mettra en oeuvre une expertise médicale comportant au moins des volets de neurologie, neuropsychologie et de psychiatrie, ainsi que de toute autre discipline jugée nécessaire par les experts ou le SMR (ATF 139 V 349 consid. 3.3). Ceux-ci détermineront notamment s'il convient de mettre en place une IRM cérébrale avec angio-IRM, comme suggéré par le Dr R. _____ dans son rapport du 19 février 2024. L'OAIE veillera par ailleurs à ce que l'ensemble des nouveaux rapports transmis par la recourante dans le cadre de la procédure de recours - postérieurs à la décision attaquée - soient joints au dossier soumis aux experts. Cette expertise devra répondre en particulier aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1 ; Anne-Sylvie Dupont, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPG, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). L'expertise sera organisée en Suisse - l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2) -, auprès d'experts indépendants (art. 44 LPG), dans le respect des droits de participation de la recourante (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72bis RAI (art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid.5.2.1 ; arrêt du TF 9C_174/2020 du 2 novembre 2020 consid. 7 ; arrêts du TAF C-2141/2020 du 27 mars 2023 consid. 13 ; C-2578/2022 du

16 mars 2023 consid. 8 ; C-6862/2019 du 3 août 2021 consid. 5.3).

E. 17

p. 13), le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, atteste en effet d'une incapacité de travail totale. Le médecin traitant relève que sa patiente souffre de fatigue et fatigabilité, de problèmes de mémoire et de concentration, ainsi que de troubles cognitifs attentionnels et exécutifs, séquellaires d'un AVC. B.c Le 24 juin 2019 (OAIE pce 4), la recourante dépose une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton H._____. (ci-après : OAI-H._____). B.d Dans son rapport du 6 septembre 2019 (OAIE pce 30 p. 3), le Dr G._____ explique avoir revu sa patiente dans le cadre du suivi d'un status post-AVC. Il précise qu'il n'y a pas de changement significatif depuis le dernier rapport et l'incapacité de travail reste à 100% dans toute activité.

C-1733/2023 Page 3 B.e Dès le 30 septembre 2019, la recourante est mise au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce (communication du 9 septembre 2019 : OAIE pce 21), à laquelle il est toutefois mis fin prématurément par communication du 17 octobre 2019 (OAIE pce 26). B.f Les rapports des 26 décembre 2019 et 14 janvier 2020 (OAIE pces 31 p. 1 et 36 p. 7) du Dr G._____ retiennent une capacité de travail de 20% depuis le 24 octobre 2019. Malgré une évolution favorable, sa patiente présente des séquelles sous forme de diminution de la mobilité fine de la main droite et de la dextérité, de spasticité du bras droit, de troubles attentionnels, fatigue et fatigabilité et d'un épisode dépressif réactionnel. B.g Le rapport du 3 avril 2020 (OAIE pce 36 p. 3) du Dr I._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil de J._____, assureur perte de gain-maladie, constate que la recourante a repris son travail à 20% dès le 24 octobre 2019, puis à 40% dès le 1er février 2020. Elle est toutefois à nouveau en incapacité de travail totale depuis le 27 mars 2020. B.h Dans son rapport du 27 avril 2020 (OAIE pce 41), le Dr G._____ pose le diagnostic de troubles thymiques et praxiques séquellaires d'un AVC ischémique insulaire et corona radiata gauche probablement embolique du 11 mars 2019. L'état de santé est stationnaire et l'incapacité de travail est totale depuis le 27 mars 2020. Sa patiente présente des problèmes de fatigue et fatigabilité, d'attention, de concentration et d'exécution. B.i Le compte-rendu de la permanence du service médical régional (ci-après : SMR) du 14 mai 2020 (OAIE pce 42) avec le Dr K._____, dont la spécialité n'est pas connue, reprend les diagnostics attestés par le Dr G._____ dans son dernier rapport et admet l'incapacité de travail totale depuis le 27 mars 2020. Une révision doit être prévue dans une année. B.j Par projet de décision du 14 mai 2020 (OAIE pce 45), confirmé par décision du 1er octobre 2020 (OAIE pce 52), l'OAI-H._____ reconnaît le droit de la recourante à trois quarts de rente d'invalidité du 1er mars au 30 juin 2020, puis à une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2020.

C-1733/2023 Page 4 C. C.a Suite au déménagement de la recourante en Pologne, le dossier est transmis par l'OAI-H._____ à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure), par courrier du 4 décembre 2020 (OAIE pce 3). C.b Le 31 mars 2021 (OAIE pce 56), l'OAIE initie une procédure de révision de la rente entière servie à la recourante, se fondant notamment sur la prise de position du 25 mars 2021 (OAIE pce 55) de la Dresse L._____, spécialiste en médecine générale auprès du SMR. Cette dernière estime nécessaire d'instruire la situation sur le plan neurologique, neuropsychologique et psychiatrique. Une demande en ce sens est formulée par l'OAIE à l'organe de liaison polonais (OAIE pces 64 à 66). C.c Le 24 avril 2021 (OAIE

pce 57), la recourante transmet plusieurs rapports médicaux à l'OAIE, dont la plupart figurent déjà au dossier – à l'exception du rapport du 29 mai 2020 (OAIE pce 61) du Dr G._____, qui constate l'absence de changement significatif depuis son dernier rapport et atteste d'une capacité de travail de 20% dans toute activité. C.d En réponse à la demande de l'OAIE, l'organe de liaison polonais lui transmet deux rapports médicaux, datés du 17 août 2021 et rédigés par le Dr M._____, médecin spécialiste en orthopédie et traumatologie. Le premier rapport (OAIE pce 68 p. 1 à 5 ; traduction pce 73) retient le diagnostic d'hémiplégie du côté droit régressif (G81) une diminution mineure de la force musculaire du membre inférieur gauche et du membre supérieur gauche, ainsi que des troubles périodiques de la mémoire, qui n'empêchent toutefois pas la recourante de travailler dans son activité habituelle. Dans son deuxième rapport (OAIE pce 68 p. 6 à 18 ; traduction OAIE pce 72), le Dr M._____ reprend le même diagnostic et décrit la même symptomatologie, tout en attestant que la recourante est autonome pour les activités de la vie quotidienne et la vie sociale. Il estime que la recourante est capable de travailler 8 heures par jour dans toute activité. C.e Dans un second temps, l'OAIE reçoit des autorités polonaises deux rapports psychiatriques, datés du 9 février 2022 (OAIE pce 77 ; traduction OAIE pce 79). Dans ceux-ci, la Dresse N._____, psychiatre, ne retient aucun diagnostic psychiatrique et estime que la situation est restée stationnaire. La recourante présente de légers troubles de la parole et des difficultés de concentration qui peuvent se manifester avec la fatigue. Elle est décrite autonome pour les activités de la vie quotidienne mais bénéficie

C-1733/2023 Page 5 de l'aide de ses enfants quand son état s'aggrave (faire les courses, préparer le repas, etc). Le médecin conclut à la persistance d'une hémiplégie droite et d'un trouble déficitaire de l'attention. Il n'y a en revanche pas de troubles de l'humeur, alors que la mémoire et l'orientation sont « correctes ». C.f Dans sa prise de position médicale SMR du 4 mai 2022 (OAIE pce 82), la Dresse L._____ estime qu'il y a manifestement une amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière décision AI. L'activité d'agricultrice n'est plus exigible, ce depuis le 11 mars 2019. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100% dès le 17 août 2021, date de l'examen clinique du Dr M._____. C.g La prise de position médicale SMR du 20 septembre 2022 (OAIE pce 87) de la Dresse O._____, spécialiste FMH en neurologie, confirme l'amélioration de l'état de santé de la recourante. Elle conclut que les symptômes neurologiques ainsi que psychiques ont évolué favorablement depuis l'attribution de la rente – amélioration de la thymie et de la motricité de l'hémicorps droit, régression de troubles sensitifs. Elle propose de retenir une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée dès le 17 août 2021, date du premier rapport reçu pour la révision actuelle qui décrit l'amélioration clinique. C.h Dans son projet de décision du 28 octobre 2022 (OAIE pce 90), l'autorité inférieure informe la recourante que la rente entière versée jusqu'à présent sera remplacée par un quart de rente, en raison de l'amélioration de son état de santé. C.i Suite à ses objections du 16 novembre 2022 (OAIE pces 91, 92 et 94), complétées le 22 janvier 2023 (OAIE pce 102) la recourante produit le rapport médical du 22 novembre 2022 du Dr P._____, diabétologue et spécialiste en médecine interne (OAIE pce 99). Celui-ci atteste d'un suivi en neurologie et de séquelles d'AVC, qui se seraient aggravées. C.j Dans une nouvelle prise de position SMR du 31 janvier 2023 (OAIE pce 101), la Dresse O._____ relève que les séquelles décrites par le Dr P._____ ont déjà été prises en considération pour la révision actuelle et qu'une aggravation après sa prise de position du 20 septembre 2022 lui semble peu probable, en l'absence de nouvelle lésion.

C.k Par décision du 28 février 2023 (OAIE pce 105), l'OAIE confirme la diminution de rente, et retire l'effet suspensif à un éventuel recours.

C-1733/2023 Page 6 D. D.a Le 31 mars 2023, par l'entremise de son nouveau mandataire, Me Jean-Michel Duc, l'intéressée interjette recours (TAF pce 1) à l'encontre de la décision du 28 février 2023, concluant à son annulation et au maintien de sa rente entière, sous suite de frais et dépens. En substance, la recourante fait valoir que les conditions d'une révision au sens l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. A titre de moyens de preuve, elle requiert la production complète du dossier OAIE, l'interpellation du Dr M._____, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale et la possibilité de déposer de nouvelles appréciations médicales. D.b Dans sa réponse du 13 juin 2023 (TAF pce 6), l'OAIE conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. D.c Dans sa réplique du 29 septembre 2023 (TAF pce 10), la recourante maintient les conclusions de son recours du 31 mars 2023. Elle produit un rapport d'IRM cérébrale du 8 mai 2023 (TAF pce 10 annexe 1), deux brefs rapports de la Dresse Q._____, neurologue, datés des 16 mai et 7 septembre 2023 (TAF pce 10 annexes 2 et 6), accompagnés de deux certificats médicaux établis à la même date (TAF pce 10 annexes 3 et 7) ainsi qu'un rapport du 28 juin 2023 (TAF pce 10 annexe 4) du Dr P._____. D.d Dans sa duplique du 28 novembre 2023 (TAF pce 12), l'OAIE estime que la mise en œuvre d'une expertise ne se justifie pas. L'envoi de l'autorité inférieure est accompagné d'une nouvelle prise de position médicale du

E. 18.1

Selon l'art. 63 PA, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêt, les émoluments de chancellerie et les débours sont en général mis à la charge de la partie qui succombe (al. 1). Ils peuvent être mis à la charge de la partie qui a gain de cause que si elle les a occasionnés en violant des règles de procédure (al. 3). Aussi la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal administratif fédéral est-elle en principe soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis et 2 LAI ; cf. arrêt du TF 9C_639/2011 du 30 août 2012 consid. 3.2).

E. 18.2

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 ; arrêts du TF 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 6 ; 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 6).

E. 18.3

Vu l'issue du litige, et dans la mesure où aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de CHF 800.- versée par la partie recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

E. 18.4

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. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la partie recourante, laquelle a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts. Les parties qui ont droit aux dépens doivent faire parvenir au Tribunal, avant le prononcé, un décompte détaillé de leurs prestations, sur la base duquel le Tribunal fixera les dépens (art. 14 FITAF). Ceux-ci comprennent les frais de représentation, en particulier les honoraires d'avocat, le remboursement des débours (frais de photocopie de documents, frais de déplacement et de repas, frais de port et de téléphone, etc.) et le remboursement de la TVA le cas échéant, ainsi que les éventuels autres frais nécessaires de la partie (art. 8 et art. 9 al. 1 let. a et b FITAF). Les honoraires d'avocat pour lesquels une indemnité est allouée sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée, le tarif horaire pris en compte pour un avocat étant de CHF 200.- au moins et de CHF 400.- au plus (art. 10 FITAF). La jurisprudence précise que ces honoraires sont, en règle ordinaire, fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que la mandataire le mandataire a dû y consacrer (arrêt du TF I 30/03 du 22 mai 2003). Il sied de relever en outre que lors d'un tel procès devant une autorité judiciaire, l'indemnité allouée aux parties représentées par un avocat correspond en général à un forfait de CHF 2'800.-, frais et TVA compris (ATF 141 III 560 consid. 3.2 ss ; 141 IV 344 consid. 2 à 4, applicables par analogie). En l'espèce, le mandataire de la recourante a produit, en annexe à ses observations du 17 avril 2024, la liste des opérations effectuées dans le cadre de la procédure de recours, pour des montants de CHF 3'175.- à titre d'honoraires et CHF 22.20 à titre de frais, complétés par deux facturations de TVA de CHF 248.95 pour les honoraires et de 1.76 pour les frais (TAF pce 18 annexe). Le Tribunal rappelle cependant que lorsqu'il s'agit d'une défense privée, la TVA n'est pas due sur les prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (art. 9 al. 1 let. c FITAF et art. 1 al. 2 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] en relation avec l'art. 8 LTVA ; ATF 141 IV 344 consid. 4 a contrario). Le montant réclamé à ce titre par le mandataire de la recourante est dès lors injustifié. Pour le surplus, le montant des honoraires et des frais facturés par le mandataire de la recourante semble approprié aux opérations effectuées et à la difficulté de la cause. Certes, un montant total de CHF 3'197.20 dépasse légèrement le forfait généralement accordé par le Tribunal pour des affaires similaires. En l'espèce, ce léger dépassement est toutefois admissible, compte tenu notamment des trois échanges d'écriture, des démarches menées afin de faire examiner la recourante par le Dr R._____, de la transmission de plusieurs autres rapports médicaux et de la prise de position au sujet d'une éventuelle reformatio in peius (TAF pce 25). Il convient dès lors d'allouer à la recourante une indemnité de dépens, frais compris, de CHF 3'197.20. (le dispositif figure sur la page suivante)

E. 22

novembre 2023 (TAF pce 12 annexe) de la Dresse O._____. Prenant position sur les nouveaux documents produits dans le cadre de la procédure de recours, la Dresse O._____ estime que l'IRM cérébrale du 8 mai 2023 ne montre pas de lésion aiguë et est compatible avec les séquelles de l'AVC connu, alors que le diagnostic d'hémiplégie-paralysie poliomyélitique figurant dans le rapport du 16 mai 2023 résulte probablement d'un problème de traduction, ce diagnostic ne pouvant être retenu sans antécédent de poliomyélite. D.e Dans ses observations du 17 avril 2024 (TAF pce 18), la recourante persiste à considérer que les conditions pour une révision au sens de l'art. 17 LPGa ne sont pas remplies et qu'en tout état de cause, si tel devait être le cas, un abattement de 25% devrait être réalisé sur le gain d'invalidité. Elle modifie ses conclusions,

sollicitant principalement l'annulation de la décision attaquée, subsidiairement le renvoi à l'OAIE pour complément

C-1733/2023 Page 7 d'instruction et, plus subsidiairement, l'octroi d'au moins une demi-rente d'invalidité. Elle produit en pièce jointe le rapport médical du 19 février 2024 (TAF pce 18 annexe) du Dr R. _____, spécialiste FMH en neurologie, qui estime que l'état de santé est stable depuis juillet 2020. A ses yeux, il semble difficile de confirmer une totale incapacité de travail. Il pourrait y avoir une incapacité de travail de 50% si l'examen neuropsychologique corrobore les troubles attentionnels et dysexécutifs organiques. Il recommande de procéder à cet examen, de même qu'à un contrôle de l'IRM cérébrale avec angio-IRM. D.f Dans ses observations du 30 mai 2024 (TAF pce 20), l'autorité inférieure estime que la requête de la recourante en complément d'instruction ne se justifie pas. Elle confirme pour le surplus son calcul de l'invalidité. Elle produit en annexe une prise de position médicale de la Dresse O. _____, datée du 28 mai 2024 (TAF pce 20 annexe), qui estime que l'appréciation du Dr R. _____ confirme les conclusions de ses rapports précédents. D.g Le 11 juin 2024 (TAF pce 22), la recourante persiste dans ses conclusions. D.h Appelée à se prononcer sur un éventuel renvoi à l'autorité inférieure et avertie des risques d'une potentielle reformatio in peius par l'ordonnance du 25 septembre 2024 (TAF pce 24), la recourante maintient « entièrement (son) recours » dans son courrier du 8 octobre 2024 (TAF pce 25). E. Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront repris, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent. Droit : 1. 1.1 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 al. 1 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). 1.2 En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

C-1733/2023 Page 8 1.3 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 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). 1.4 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 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 ; TAF pce 4), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 28 février 2023 (OAIE pce 105), par laquelle l'autorité inférieure a procédé à la réduction de la rente entière d'invalidité servie à la recourante, à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, pour lui accorder désormais un quart de rente d'invalidité. 3. L'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où la recourante est une ressortissante polonaise, domiciliée en Pologne, et ayant travaillé en Suisse (ATF 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause, 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 1er 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 1er 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)

C-1733/2023 Page 9 n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). 4. 4.1 Au sens de l'art. 49 PA, la recourante peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c). 4.2 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 ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, 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, 2e 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, 3e 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

C-1733/2023 Page 10 (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3). Le 1er 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 1er 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 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2023, ch. 9102 en lien avec ch. 5500 à 5505). En l'espèce, l'amélioration déterminante de la capacité de gain, si elle était confirmée, se serait produite avant le 1er janvier 2022, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI. La date à retenir serait alors le 17 novembre 2021, soit trois mois après l'amélioration constatée par le Dr M. _____ le 17 août 2021, comme cela ressort de l'avis SMR du 4 mai 2022 (OAIE pce 82). Dès lors, 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. 5.2 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 28 février 2023). Les faits survenus postérieurement, 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 influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (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.). 6. 6.1 Il convient d'ajouter qu'en application de l'art. 88 al. 1 RAI, la procédure en révision est menée par l'Office AI qui, à la date du dépôt de la demande en révision ou à celle de réexamen du cas, est compétent au sens de

C-1733/2023 Page 11 l'art. 40 RAI. Selon l'art. 40 al. 1 let. b RAI, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger est compétent pour enregistrer et examiner les demandes si les assurés sont domiciliés à l'étranger. 6.2 En l'espèce, la recourante était domiciliée en Suisse au moment du dépôt de la demande de prestations du 24 juin 2019 (OAIE pce 4). Lors de l'ouverture de la procédure de révision d'office de la rente entière d'invalidité le 31 mars 2021 (OAIE pce 56), la recourante était domiciliée à S. _____, en Pologne. C'est par conséquent à juste titre que l'OAIE a procédé à l'instruction de la révision d'office du droit à la rente de l'assurée et lui a notifié la décision litigieuse. 7. La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de 3 ans (voir supra let. A) et remplissait donc la condition de la durée minimale de cotisations lors de la survenance de l'invalidité au moment de l'octroi initial de la rente par décision du 1er octobre 2020 (OAIE pce 52 ; art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner si elle est toujours invalide au sens de la LAI. 8. 8.1 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, 1ère phrase LPGA). 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

C-1733/2023 Page 12 (art. 7 al. 2 LPGA). 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, 2e phrase LPGA). 8.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. 9. 9.1 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (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 ; MARGIT MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, 2018, 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,

C-1733/2023 Page 13 Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 n. 11 ss). 9.2 Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification du degré d'invalidité, il s'agit de comparer 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 cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conforme au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (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 ; MOSER-SZELESS, op. cit., art. 17 n. 20 ; VALTERIO, op. cit., art. 31 n. 19). 9.3 Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de motiver une révision, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, de manière complète, sans que des évaluations antérieures de l'invalidité ne revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente ; il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 6 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_718/2016 du 14 février 2017 consid. 6.2). A l'inverse, si aucune modification notable

de l'état de fait n'a pu être établie selon la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu d'effectuer un examen du droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques et d'évaluer à nouveau le degré d'invalidité en conséquence ; la situation juridique prévalant jusqu'alors est maintenue et le droit à la prestation reste inchangé, conformément au principe régissant le fardeau de la preuve (arrêts du TF 9C_158/2012 du 5 avril 2013 consid. 3 ; 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1 ; MOSER-SZELESS, op. cit., art. 17 n. 27 et 29). 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

C-1733/2023 Page 14 consid. 3.1.1 ; arrêt du TAF C-7097/2018 du 3 avril 2023 consid. 5.1.4 et les réf. cit.). 9.4 Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, une 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 tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 9.5 La présence de nouveaux diagnostics, tout comme la suppression de diagnostics, ne constitue pas en soi un motif de révision ; encore faut-il que le changement de la situation soit clairement objectivé et propre à influencer le droit à la rente (ATF 141 V 9 consid. 5.2 ; arrêt du TF 9C_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.2.2 et les réf. cit. ; MOSER-SZELESS, op. cit., art. 17 n. 12 ; VALTERIO, op. cit., art. 31 n. 12). 9.6 En matière de révision, la constatation d'un changement propre à fonder un motif de révision résulte de la mise en parallèle d'un état de santé actuel et passé. L'objet de la preuve est ainsi l'existence – en l'occurrence à tirer des rapports médicaux – d'une différence déterminante dans les états de santé. La constatation de l'état de santé actuel et ses conséquences fonctionnelles est bien le point de départ de l'appréciation ; elle n'est cependant pas en elle-même déterminante, elle ne sera pertinente que dans la mesure seulement où elle constatera effectivement une différence entre les données des états de santé actuel et antérieur. Il s'agit donc de distinguer des différences reposant uniquement sur une évaluation différente d'une même situation, qui ne sont pas pertinentes dans le cadre d'une révision, des modifications effectives justifiant une révision. La valeur probante des rapports médicaux établis aux fins d'une révision de rente dépend en conséquence essentiellement de la question de savoir si un changement déterminant des états de santé peut suffisamment être prouvé. Une évaluation médicale considérée pour elle-même en soi complète, convaincante, qui serait probante dans le cadre d'une évaluation initiale à la base de l'octroi initial des prestations (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a), ne revêt par conséquent pas la valeur probante juridique requise si l'évaluation médicale (par rapport à une évaluation médicale antérieure divergente) n'établit pas suffisamment dans quelle mesure un changement effectif de l'état de santé a eu lieu. Sont réservées les situations dans lesquelles une modification de l'état de santé est évidente. La question de savoir si un tel

C-1733/2023 Page 15 changement s'est produit ou si, du point de vue de la révision, il ne s'agit que d'une appréciation médicale différente et sans grande signification d'un état de santé resté inchangé, doit être examinée avec le plus grand soin, notamment au vu de ses conséquences pour la personne concernée. La simple possibilité d'un tel changement ne

suffit pas. Il faut qu'il soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1 et 4.2 ; 9C_244/2017 du 26 octobre 2017 consid. 4.2 et 4.2.1 ; 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2 avec H. ; MOSER-SZELESS, op. cit., art. 17 n. 12; VALTERIO, op. cit., art. 31 n. 12). 10. 10.1 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). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêts du TF 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 4.2.4 et 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1). 10.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

C-1733/2023 Page 16 Ainsi, 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). 10.3 Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que 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 plaidant contre leur fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors requise s'il subsiste des doutes,

même minimales, 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 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).

C-1733/2023 Page 17 10.4 Les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, ont avant tout pour objectif de soigner leur patient, avec lequel ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. Leurs rapports répondent donc rarement aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui lui a été confié, qui l'unit à celui-ci. Il convient donc d'apprécier ces rapports avec une certaine réserve (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Cela étant, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; les soins prodigués par les médecins traitants s'inscrivent souvent dans le temps et peuvent ainsi s'avérer source de précieux renseignements (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). On en retiendra donc des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du

E. 27

mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du

E. 29

janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n. 48 et 49). Les rapports des médecins traitants peuvent également semer le doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du TF 9C_147/2018 du 20 avril 2018 consid. 3.2 11. En l'espèce, par la décision litigieuse du 28 février 2023 (OAIE pce 105), l'autorité inférieure a procédé à la réduction de la rente d'invalidité accordée à la recourante par la décision initiale du 1er octobre 2020 (OAIE pce 52), cette prestation passant d'une rente entière à un quart de rente d'invalidité. Dans ces circonstances, conformément à l'art. 17 LPGA et à une jurisprudence constante (cf. consid. 9.2 supra), l'examen du Tribunal

C-1733/2023 Page 18 portera sur la question de savoir si l'état de santé, respectivement ses conséquences sur la capacité de gain de la recourante, ont subi des modifications notables, comme soutenu par l'autorité inférieure, ou si tel n'est pas le cas, comme défendu la recourante, et ce en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 1er octobre 2020, dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à

la rente, et ceux ayant existé jusqu'au 28 février 2023, date de la décision attaquée. 12. 12.1 La rente entière d'invalidité a été initialement accordée à la recourante par la décision du 1er octobre 2020, dans le cadre de la procédure introduite par la demande de prestations du 24 juin 2019 (OAIE pce 4). La recourante s'est retrouvée en incapacité de travail totale depuis le 11 mars 2019, lorsqu'elle a été victime d'un AVC ischémique insulaire et de la corona radiata gauche (rapport du Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine physique, réadaptation et neurologie, du 17 avril 2019 : OAIE pce 17 p. 14). Après un séjour en réhabilitation (rapport du 18 avril 2019 du Dr D. _____ : OAIE pce 17 p. 10), le droit à des mesures de réadaptation a été refusé à la recourante par communication du 17 octobre 2019 (OAIE pce 26). Dès le 24 octobre 2019, la recourante a repris son activité habituelle d'ouvrière agricole à 20%, puis, à partir du 1er février 2020, à 40%. Elle s'est toutefois retrouvée à nouveau en incapacité de travail totale dès le 27 mars 2020 (rapport du Dr I. _____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin conseil J. _____ : OAIE pce 36 p. 3). Dans son rapport du 27 avril 2020 (OAIE pce 41), le Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a retenu le diagnostic de troubles thymiques et praxiques séquellaires à cet AVC d'origine probablement embolique. Comme limitations fonctionnelles, le médecin traitant évoquait de la fatigue et de la fatigabilité, ainsi que des problèmes d'attention, de concentration et d'exécution. L'incapacité de travail était selon lui totale depuis le 27 mars 2020. Le compte-rendu de la permanence SMR du 14 mai 2020 (OAIE pce 42) avec le Dr K. _____, médecin SMR, a confirmé les constatations du Dr G. _____. Sur cette base, la décision du 1er octobre 2020 a alloué à la recourante trois quarts de rente d'invalidité du 1er mars au 30 juin 2020, puis une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2020.

C-1733/2023 Page 19 12.2 De son côté, la décision du 28 février 2023 procède à la réduction de la rente entière accordée initialement à la recourante, au motif que son état de santé s'est amélioré depuis son octroi et que, de ce fait, son degré d'invalidité s'élève dorénavant à 46,86%. Cette décision est fondée sur l'avis SMR du 20 septembre 2022 (OAIE pce 87) de la Dresse O. _____, spécialiste FMH en neurologie, confirmé par des nouveaux avis le 31 janvier 2023 (OAIE pce 101) dans le cadre des objections, puis les 22 novembre 2023 (TAF pce 12 annexe) et 28 mai 2024 (TAF pce 20 annexe) en procédure de recours. Dans son rapport précité, le médecin du SMR estime substance que les pièces médicales recueillies dans le cadre de la procédure de révision, à savoir les deux rapports du 17 août 2021 (OAIE pce 68) du Dr M. _____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, ainsi que les deux rapports du 9 février 2022 (OAIE pce 77) de la Dresse N. _____, spécialiste en psychiatrie, permettent de retenir une amélioration de l'état de santé de la recourante depuis le 17 août 2021. Dès cette date, la capacité de travail serait toujours nulle dans l'activité habituelle, mais de 50% dans une activité adaptée. La modification de l'état de santé serait intervenue sous la forme d'une amélioration de la motricité de l'hémicorps droit, d'une régression des troubles sensitifs et d'une amélioration de la thymie. 13. Il convient dès lors d'examiner la valeur probante des rapports médicaux à l'origine de la réduction de rente, étant rappelé que des exigences strictes prévalent à l'égard des rapports établis par les médecins internes à l'assurance, le moindre doute justifiant un renvoi pour instruction complémentaire (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine). Par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical établi en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir s'il explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Un nouveau diagnostic, se basant principalement sur une dénomination différente d'un état de fait resté pour l'essentiel inchangé, ne saurait fonder un motif de révision. Plus le pouvoir

d'appréciation médicale est grand quant au diagnostic et aux limitations fonctionnelles, plus il est important de motiver une modification du problème de santé constatée par des attestations cliniques solides, des observations de comportement et des données anamnestiques et de mettre ces éléments en relation avec les données du dossier médical à la base de la décision initiale (cf. arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4).

C-1733/2023 Page 20 14. 14.1 Après une étude attentive du dossier, le Tribunal constate que l'instruction mise en œuvre par l'OAIE ne lui permet pas de statuer en pleine connaissance de cause sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis l'octroi initial de la rente. En effet, la valeur probante de la prise de position du SMR à l'origine de la réduction de rente, à savoir l'avis SMR du 20 septembre 2022, doit être intégralement niée, en raison des nombreuses lacunes affectant les rapports sur lesquels s'est fondé le médecin interne de l'OAIE – à savoir les deux rapports somatiques du 17 août 2021 du Dr M. _____ et les deux rapports psychiatriques du 9 février 2022 de la Dresse N. _____. 14.2 D'emblée, il sera rappelé que les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales, tel en l'espèce l'avis SMR du 20 septembre 2022, ont pour fonction de porter une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner au dossier. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). 14.3 En l'espèce, comme susmentionné, le service médical de l'Office AI, qui n'a pas examiné lui-même la recourante, s'est appuyé sur les rapports

C-1733/2023 Page 21 recueillis par l'organe de liaison polonais pour statuer sur l'état de santé de la recourante et son évolution depuis l'octroi initial de la rente. Or, que ce soit sur le plan somatique ou psychiatrique, ces rapports sont grandement lacunaires et ne peuvent se voir reconnaître une quelconque valeur probante. 14.3.1 Ainsi, sur le plan somatique, la recourante a été examinée par le Dr M. _____, spécialiste en orthopédie et en traumatologie. Celui-ci a rendu deux rapports médicaux, datés du 17 août 2021 (OAIE pce 68 ; traductions OAIE pces 72 et 73), dont l'un est présenté dans la prise de position médicale du SMR du 20 septembre 2022 comme un « rapport neurologique » (cf. consid. 14.3.2.1 infra) et l'autre comme un « rapport orthopédique du 30.06.2021 » (cf. consid.

14.3.2.2 infra), alors qu'il date également du 17 août 2021. 14.3.2 14.3.2.1 En premier lieu, s'agissant du prétendu rapport neurologique du 17 août 2021, le Tribunal rappelle que la valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est 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 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 33). Or, le Dr M._____, médecin spécialiste en orthopédie et traumatologie, ne dispose, au vu des pièces au dossier, d'aucune formation en neurologie, ce qui doit, pour ce premier motif déjà, conduire à nier toute valeur probante à son rapport. Certes, ce praticien mentionne se fonder sur une « attestation du 30.06 » qui aurait été établie par un neurologue. Toutefois, ce document ne figure pas au dossier et n'était pas joint à son rapport. Une prise de position et un examen personnel (documenté) de la recourante par un neurologue était toutefois indispensable avant de statuer sur la révision de la rente entière servie à la recourante. En effet, l'atteinte à la santé principale qu'elle présente, à savoir les séquelles de son AVC subi en 2019, et qui avait justifié l'octroi de la prestation initiale, relève précisément de cette discipline médicale. D'autre part, le Tribunal constate que le contenu de ce « rapport neurologique » est particulièrement sommaire et l'examen clinique

C-1733/2023 Page 22 pratiquement inexistant, alors qu'il ne contient aucune prise de position sur l'évolution de l'état de santé depuis l'octroi initial de la rente. 14.3.2.2 Certes, comme le rappelle l'autorité inférieure dans son mémoire de réponse du 13 juin 2023 (TAF pce 6), le dossier de la recourante a été soumis, à la fin de l'instruction, à la Dresse O._____, médecin SMR qui dispose effectivement d'une spécialisation FMH en neurologie. C'est d'ailleurs son rapport du 20 septembre 2022 (OAIE pce 87) qui a servi de fondement à la décision attaquée. L'autorité inférieure en déduit que les médecins polonais – en l'occurrence le Dr M._____ – disposaient des compétences pour procéder aux constatations relatives à l'état de santé de la recourante, alors que la Dresse O._____, de par sa spécialisation en neurologie, était parfaitement qualifiée pour évaluer les informations contenues dans ces rapports et leur incidence sur l'état neurologique de la recourante. Un tel raisonnement ne saurait être suivi. En effet, l'autorité inférieure perd de vue que selon la jurisprudence, lorsque les rapports du service médical interne à l'assurance ne résultent pas d'un examen personnel de l'assuré, cela présuppose, pour leur reconnaître pleine valeur probante, que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical établi par des spécialistes, l'examen direct par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). Dans ces circonstances, ne disposant d'aucun rapport établi par un spécialiste en neurologie, la prise de position SMR du 20 septembre 2022 de la Dresse O._____ ne peut que se voir nier toute valeur probante. Une telle conclusion s'impose d'autant plus que des exigences strictes prévalent à l'égard des rapports établis par les médecins internes à l'assurance, le moindre doute justifiant un renvoi pour instruction complémentaire (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine). 14.3.2.3 Il convient d'ajouter qu'en procédure de recours, soit après la décision attaquée et l'appréciation de la Dresse O._____, la recourante a produit un rapport établi par un neurologue FMH, à savoir le Dr R._____, neurologue FMH, daté du 19 février 2024 (TAF pce 18 annexe) et fondé sur un

examen personnel de la recourante. Si le

C-1733/2023 Page 23 Dr R. _____ atteste d'une incapacité de travail de 50% dans toute activité – rejoignant ainsi les conclusions de la Dresse O. _____ –, il affirme aussitôt, contrairement à l'appréciation de cette dernière, que l'état de santé est demeuré stable depuis juillet 2020, soit l'octroi de la rente. Par son raisonnement, le Dr R. _____ contredit ainsi le médecin du SMR sur la question pourtant déterminante en l'espèce de l'évolution de l'état de santé de la recourante. Son rapport ne saurait dès lors servir à justifier l'existence d'un motif de révision et, ainsi, à confirmer – a posteriori – les conclusions du SMR (cf. not. arrêts du TF 9C_244/2017 du 26 octobre 2017 consid. 4.2 et 4.2.1 ; 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2). 14.3.2.4 Dans ces circonstances, l'instruction menée par l'autorité inférieure sur le plan neurologique se révèle insuffisante et lacunaire, de sorte que le rapport du 20 septembre 2022 de la Dresse O. _____ doit se voir nier toute valeur probante, pour ce premier motif déjà. 14.3.3 Quant au volet orthopédique de l'instruction, objet selon l'autorité inférieure du second rapport du Dr M. _____, présenté comme un « rapport orthopédique du 30.06.2021 » dans la prise de position SMR du 20 septembre 2022, il n'emporte pas davantage la conviction du Tribunal. Ainsi, dans ce deuxième rapport, le Dr M. _____ ne prend pas non plus position sur la modification de l'état de santé de la recourante, concluant simplement à l'impossibilité de se déterminer (OAIE pce 72 p. 19). Ses conclusions sont de plus incomplètes, puisque le médecin polonais ne répond pas aux questions relatives aux éventuelles limitations affectant les mains. Or, comme rappelé dans la prise de position SMR du 20 septembre 2022 (OAIE pce 87 p. 3), la rente avait été initialement accordée à la recourante en lien notamment avec un déficit de la motricité fine et de la sensibilité proprioceptive du bras droit. Une prise de position du Dr M. _____ sur les capacités fonctionnelles de cette partie du corps était dès lors indispensable. Pour le surplus, le Tribunal constate que le médecin polonais se contredit dans ses conclusions en matière d'incapacité de travail, se déclarant dans un premier temps incapable de se prononcer sur la capacité de travail (OAIE pce 72 p. 21), puis concluant finalement à une capacité complète de 8 heures par jour (OAIE pce 72 p. 23). Enfin, le rapport figurant dans le dossier de l'autorité inférieure ne semble pas complet. En effet, seules figurent les pages 1/14 à 11/14, puis une page 13/15, qui semble avoir été ajoutée après coup. 14.3.4 A ces éléments, il convient encore d'ajouter que le Dr M. _____ n'a procédé à aucun examen complémentaire (OAIE pce 72 p. 17). En particulier, aucun examen neuropsychologique n'a été mis en place,

C-1733/2023 Page 24 malgré la demande expresse du SMR dans son avis du 25 mars 2021 (OAIE pce 55) et de l'autorité inférieure dans sa correspondance à l'autorité polonaise compétente du 14 mai 2021 (OAIE pce 66). Les lacunes affectant ce second rapport « orthopédique » du Dr M. _____ constituent une raison supplémentaire, à côté de la problématique neurologique, devant conduire à retenir l'absence de valeur probante au rapport de la Dresse O. _____ du 20 septembre 2022. 14.3.5 Enfin, sur le plan psychiatrique, l'instruction de l'autorité inférieure repose sur les deux rapports du 9 février 2022 (OAIE pce 77 ; traduction pce 79) de la Dresse N. _____, psychiatre, que la Dresse O. _____ interprète dans son rapport du 20 septembre 2022 comme démontrant une « amélioration de la thymie ». L'interprétation du médecin du SMR, qui dispose uniquement d'une spécialisation en neurologie, ne correspond toutefois pas au contenu des rapports psychiatriques de la Dresse N. _____. En effet, la psychiatre polonaise évoque au contraire explicitement un état de santé stationnaire (OAIE pce 79 p. 11). En outre, elle ne

prend aucunement position sur la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique, hormis la brève mention que celle-ci est susceptible d'être améliorée (OAIE pce 79 p. 14). En second lieu, le Tribunal rappelle que le caractère potentiellement invalidant d'une atteinte psychiatrique doit être examiné à l'aune du catalogue d'indicateurs établi par le Tribunal fédéral (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3). Or, un tel examen n'a eu lieu que très partiellement dans le cas d'espèce – sans qu'il n'existe un motif permettant d'y renoncer (cf. not. arrêt du TF 8C_53/2022 du 5 juillet 2022 consid. 4.2 et les réf. cit.). Dans son rapport du 20 septembre 2022, la Dresse O._____ conclut que les symptômes psychiques se sont progressivement améliorés depuis l'attribution de la rente et qu'il existe « une amélioration globale de l'état de santé avec reprise de plusieurs activités et responsabilités dans la vie quotidienne », évoquant l'autonomie de la recourante dans les activités de la vie quotidienne mentionnée par la Dresse N._____. Or, contrairement à ce que laisse entendre le médecin du SMR, l'autonomie de la recourante ne constitue pas un élément nouveau. Celle-ci avait été en réalité très vite récupérée après son AVC du 11 mars 2019, comme en témoigne le rapport du 18 avril 2019 de C._____ (OAIE pce 17 p. 10). Ce rapport précisait que la recourante avait été évaluée dans diverses activités de la vie quotidienne (élaboration d'une recette, courses, cuisine, changer les draps

C-1733/2023 Page 25 de lit, couture, ranger des aliments au frigo, déplacements à l'extérieur avec gestion du trafic), pour lesquelles elle s'était montrée indépendante, sécuritaire et efficace. Dans ces circonstances, force est de constater que l'instruction se révèle lacunaire également sur le plan psychiatrique, en particulier sur la question pourtant essentielle de l'évolution de l'état de santé psychique de la recourante depuis l'octroi de la rente. 14.4 Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que des doutes importants subsistent à l'encontre des conclusions de la prise de position SMR du 20 septembre 2022 de la Dresse O._____. Ces doutes doivent conduire à nier toute valeur probante à ladite prise de position. 14.5 S'agissant des avis successifs du SMR des 31 janvier 2023 (OAIE pce 101), 22 novembre 2023 (TAF pce 12 annexe) et 28 mai 2024 (TAF pce 20 annexe), ils se bornent à prendre position sur les nouvelles pièces médicales produites par l'assurée dans le cadre des objections et de la procédure de recours, concluant que ces dernières n'étaient pas de nature à remettre en cause sa conclusion initiale du 20 septembre 2022. Or, comme on l'a vu, la valeur probante de la prise de position du 20 septembre 2022 doit être niée, puisque l'instruction l'ayant précédé était lacunaire. Les avis postérieurs du SMR doivent ainsi également se voir nier toute valeur probante. 15. Dans ces circonstances, l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA ne ressort pas clairement du dossier, ni n'est établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales (ATF 121 V 5 consid. 3b). On ne saurait pour autant exclure que l'état de santé de la recourante se soit modifié de manière à influencer notablement son invalidité. En effet, d'une part, l'état de santé de la recourante n'a pas été instruit de façon complète. D'autre part, bien qu'insuffisants sur les questions pertinentes en matière de révision, les rapports recueillis en Pologne décrivent néanmoins une capacité de travail médico-théorique plus large qu'elle ne l'était lors de l'octroi initial de la rente entière d'invalidité. Par conséquent, au vu des incertitudes quant à l'état de santé actuel de la recourante, il s'avère nécessaire de clarifier les faits de la cause, la documentation versée au dossier n'étant pas suffisante pour porter un

C-1733/2023 Page 26 jugement valable sur le droit litigieux. Il y a donc lieu de procéder à une instruction complémentaire. 16. 16.1 Aux termes de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de

recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les réf. cit.), lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 16.2 En l'espèce, en réponse à l'ordonnance du Tribunal du 25 septembre 2024 l'avertissant d'une potentielle reformatio in peius en cas de renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire (TAF pce 24), la recourante a maintenu son recours par courrier du 8 octobre 2024 (TAF pce 25). Dès lors, dans le cas présent, l'OAIE mettra en œuvre une expertise médicale comportant au moins des volets de neurologie, neuropsychologie et de psychiatrie, ainsi que de toute autre discipline jugée nécessaire par les experts ou le SMR (ATF 139 V 349 consid. 3.3). Ceux-ci détermineront notamment s'il convient de mettre en place une IRM cérébrale avec angio-IRM, comme suggéré par le Dr R. _____ dans son rapport du 19 février 2024. L'OAIE veillera par ailleurs à ce que l'ensemble des nouveaux rapports transmis par la recourante dans le cadre de la procédure de recours – postérieurs à la décision attaquée – soient joints au dossier soumis aux experts. Cette expertise devra répondre en particulier aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet

C-1733/2023 Page 27 d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1 ; ANNE-SYLVIE 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 organisée en Suisse – l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2) –, auprès d'experts indépendants (art. 44 LPGA), dans le respect des droits de participation de la recourante (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72bis RAI (art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid.5.2.1 ; arrêt du TF 9C_174/2020 du 2 novembre 2020 consid. 7 ; arrêts du TAF C-2141/2020 du 27 mars 2023 consid. 13 ; C-2578/2022 du 16 mars 2023 consid. 8 ; C-6862/2019 du 3 août 2021 consid. 5.3). 17. Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 28 février 2023 doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas nécessaire d'aborder les autres griefs de la recourante à l'encontre la décision attaquée, portant notamment sur les éléments économiques pris en compte par

l'autorité inférieure pour déterminer son degré d'invalidité. Quant à ses requêtes de mise en œuvre d'une expertise et d'interpellation du Dr M. _____, elles doivent être rejetées, par appréciation anticipée des preuves (cf. not. ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc ; arrêt du TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1), dans la mesure où, conformément au considérant 16 du présent arrêt, le renvoi de la cause se justifie compte tenu du fait que la situation médicale de la recourante n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet par l'autorité inférieure. 18. 18.1 Selon l'art. 63 PA, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours sont en général mis à la charge de la partie qui succombe (al. 1). Ils peuvent être mis à la charge de la partie qui a gain de cause que si elle les a occasionnés en violant des règles de procédure (al. 3). Aussi la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de

C-1733/2023 Page 28 l'AI devant le Tribunal administratif fédéral est-elle en principe soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis et 2 LAI ; cf. arrêt du TF 9C_639/2011 du

E. 30

août 2012 consid. 3.2). 18.2 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 ; arrêts du TF 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 6 ; 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 6). 18.3 Vu l'issue du litige, et dans la mesure où aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de CHF 800.- versée par la partie recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. 18.4 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. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la partie recourante, laquelle a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts. Les parties qui ont droit aux dépens doivent faire parvenir au Tribunal, avant le prononcé, un décompte détaillé de leurs prestations, sur la base duquel le Tribunal fixera les dépens (art. 14 FITAF). Ceux-ci comprennent les frais de représentation, en particulier les honoraires d'avocat, le remboursement des débours (frais de photocopie de documents, frais de déplacement et de repas, frais de port et de téléphone, etc.) et le remboursement de la TVA le cas échéant, ainsi que les éventuels autres frais nécessaires de la partie (art. 8 et art. 9 al. 1 let. a et b FITAF). Les honoraires d'avocat pour lesquels une indemnité est allouée sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée, le tarif horaire pris en compte pour un avocat étant de CHF 200.- au moins et de CHF 400.- au plus (art. 10 FITAF). La jurisprudence précise que ces honoraires sont, en règle ordinaire, fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que la mandataire le mandataire a dû y consacrer (arrêt du TF

C-1733/2023 Page 29 I 30/03 du 22 mai 2003). Il sied de relever en outre que lors d'un tel procès devant une autorité judiciaire, l'indemnité allouée aux parties représentées par un avocat correspond en général à un forfait de CHF 2'800.-, frais et TVA compris (ATF 141

III 560 consid. 3.2 ss ; 141 IV 344 consid. 2 à 4, applicables par analogie). En l'espèce, le mandataire de la recourante a produit, en annexe à ses observations du 17 avril 2024, la liste des opérations effectuées dans le cadre de la procédure de recours, pour des montants de CHF 3'175.- à titre d'honoraires et CHF 22.20 à titre de frais, complétés par deux facturations de TVA de CHF 248.95 pour les honoraires et de 1.76 pour les frais (TAF pce 18 annexe). Le Tribunal rappelle cependant que lorsqu'il s'agit d'une défense privée, la TVA n'est pas due sur les prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (art. 9 al. 1 let. c FITAF et art. 1 al. 2 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] en relation avec l'art. 8 LTVA ; ATF 141 IV 344 consid. 4 a contrario). Le montant réclamé à ce titre par le mandataire de la recourante est dès lors injustifié. Pour le surplus, le montant des honoraires et des frais facturés par le mandataire de la recourante semble approprié aux opérations effectuées et à la difficulté de la cause. Certes, un montant total de CHF 3'197.20 dépasse légèrement le forfait généralement accordé par le Tribunal pour des affaires similaires. En l'espèce, ce léger dépassement est toutefois admissible, compte tenu notamment des trois échanges d'écriture, des démarches menées afin de faire examiner la recourante par le Dr R._____, de la transmission de plusieurs autres rapports médicaux et de la prise de position au sujet d'une éventuelle reformatio in peius (TAF pce 25). Il convient dès lors d'allouer à la recourante une indemnité de dépens, frais compris, de CHF 3'197.20. (le dispositif figure sur la page suivante)

C-1733/2023 Page 30

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