

BVGer C-3457/2023 vom 31. März 2025

Bundesverwaltungsgericht, 2025-03-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3457_2023

FR: TAF C-3457/2023 du 31 mars 2025

IT: TAF C-3457/2023 del 31 marzo 2025

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

L'objet du présent litige est le bien-fondé de la décision du 1er mai 2023, par laquelle l'OAIE a refusé d'augmenter le quart de rente d'invalidité dont bénéficie l'intéressée au motif que les éléments médicaux transmis ne permettent pas de retenir une aggravation durable de son état de santé.

E. 2.1

; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêts du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1 et les réf. cit. ; arrêt du TAF C-4516/2020 du 12 septembre 2023 consid. 11.1 ; cf. également TAF C-2219/2021 du 17 octobre 2022 consid. 4.6.2 et

E. 3

novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit intertemporel (ATF 149 II 320 consid. 3 ; 148 V 174 consid. 4.1 et les références), il y a lieu d'examiner en fonction des règles applicables jusqu'au 31 décembre 2021 si une modification déterminante pour le droit à la rente est survenue jusqu'à cette date (arrêt du TF 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2). Selon ces principes, le ch. 9102 de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (CIRAI ; valable à partir du 1er janvier 2022) prévoit que si la modification déterminante s'est produite avant le 1er janvier 2022, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 s'appliquent ; si la modification déterminante s'est produite après cette date, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1er janvier 2022 s'appliquent. La date de la modification déterminante est fixée selon l'art. 88a RAI (cf. arrêt du TF 9C_187/2024

du 19 septembre 2024 consid. 3.2). En l'espèce, l'intéressée a déposé une demande de révision le 2 mars 2022 en alléguant une aggravation de son état de santé. Quant à la modification déterminante, elle se produirait, si elle était avérée, le 2 décembre 2021. La présente cause doit donc être examinée au regard des normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

E. 3.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 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 ; ATF 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 (PIERRE MOOR/ETIENNE 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 ; ATF 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER et al., 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 Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 3.2

Compte tenu des éléments d'extranéité ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en

C-3457/2023 Page 9 particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement : ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

E. 3.3

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

E. 3.4

à 3.6, 4.1, 4.1.3, 4.3 et 4.4 ; 143 V 418 consid. 6 ss ; 141 V 281 consid.

E. 4.1

Selon l'art. 17 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances

dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). En application de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

E. 4.2

Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Dans le cas contraire, l'administration entre en matière sur la demande de révision ; elle doit alors examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne concernée est effectivement survenue. Si l'administration constate que les circonstances prévalant lors de la décision précédente, passée en force, ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la demande de révision. Sinon, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à des prestations et de statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 130 V 71 consid. 3 ; 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 262 consid. 3 ; 109 V 108 consid. 2, en particulier 2b ; arrêts du TF 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4 ; I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2 ; I 490/03 du 25 mars 2004 ; arrêts du TAF C-7302/2016 du 12 octobre 2020 consid. 4.2 et 4.4 ; C-6221/2008 du 9 septembre 2011 consid. 3 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n° 27 ss ad art. 31).

E. 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 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

E. 4.4

; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 43 ad art. 57). Les prises de position des SMR doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur. Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent 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 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 à la demande de prestations. Ceci implique

C-3457/2023 Page 14 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. Par ailleurs, 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 là aussi donner lieu à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid.

E. 4.7

concernant les nuances entre la fibromyalgie et le trouble douloureux chronique avec des facteurs psychiques et somatiques et les réf. citées).

C-3457/2023 Page 23 Il ressort du dossier que le rhumatologue traitant de l'intéressée a retenu le diagnostic de fibromyalgie en 2017. Toutefois, aucune appréciation psychiatrique n'a été effectuée quant à la question de savoir si la fibromyalgie entraînait une incapacité de travail.

E. 5

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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'art. 4 al. 2 LAI mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail

C-3457/2023 Page 12 équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6 première phrase LPGA). Ainsi, l'objet assuré par l'AI suisse 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 ; ATF 116 V 246 consid. 1b). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 deuxième phrase LPGA).

E. 6.1

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 (arrêt 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.).

E. 6.2

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

E. 6.2.1

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

C-3457/2023 Page 13 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 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 33 ad art. 57).

E. 6.2.2

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 : ainsi 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. 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. Une instruction complémentaire sera ainsi 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.

E. 6.2.3

Les rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, doivent quant à eux être appréciés avec une certaine réserve. En effet, les médecins traitants ont avant tout pour objectif de soigner leurs patients, avec lesquels ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. 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 ou sa patient-e, en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci ou à celle-ci (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). Toutefois, 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 (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 48 et 49 ad art. 57).

E. 6.3.1

S'agissant des maladies psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de

C-3457/2023 Page 15 cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, lege artis, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM- IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

E. 6.3.2

Toutefois, si l'expert psychiatre identifie un phénomène d'exagération des symptômes ou une constellation similaire chez l'intéressé, aucune atteinte psychique ouvrant le droit aux prestations d'assurance ne peut être reconnue (motifs d'exclusion ; ATF 141 V 281 consid. 2.2).

E. 6.3.3

En outre, le Tribunal fédéral a remarqué que le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (ATF 143 V 409 consid. 4.4 et 4.5.2). Il a également souligné que le catalogue d'indicateurs n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

E. 7.1

Dans le cadre de la demande de prestations ayant abouti à l'octroi du quart de rente d'invalidité (décision du 8 juin 2021), divers rapports médicaux ont été produits dont il convient de mentionner les plus pertinents :

C-3457/2023 Page 16 – rapport médical du 28 avril 2017 du Dr C. _____ (OAIE pce 15), lequel indique que l'assurée présente des polyarthralgies généralisées d'intensité variable, localisées au niveau du squelette axial, des hanches et des genoux et associées à une asthénie ainsi que d'autres symptômes non spécifiques tels que myalgies, somnolence et manque d'appétit. Le Dr C. _____ note que l'assurée se plaint d'une détérioration générale et physique et des troubles cognitifs (manque de concentration et trouble de la mémoire). Le Dr C. _____ relève également que de nombreux examens d'imageries médicales ont été réalisés avec des résultats variables, soit : – une dégénérescence discale au niveau L4-L5 avec extrusion discale sous-ligamentaire dorso-médiale associée à un œdème au niveau du bord postérosupérieur du corps vertébral, probablement en rapport avec une hernie de Schmorl débutante, sans signe de sacro-iliite ; – changements dégénératifs naissants dans les deux articulations coxo-fémorales, principalement à gauche, avec un empiètement postéroinférieur prédominant de l'espace articulaire et une discrète ostéophytose marginale ; légère coxa valga bilatérale ; enthésopathie à l'insertion des adducteurs sur les deux bords de la symphyse pubienne, à prédominance gauche, dans les deux épines iliaques antéroinférieures, les tubérosités ischiatiques, les crêtes iliaques avec présence d'une calcification d'environ 5,9 mm à l'insertion du petit fessier droit ; distension de la bourse sous-fessière médiale du côté gauche, avec un œdème minime entourant les deux tendons du moyen fessier (tendinose), – signes de tendinopathie d'insertion dans les deux muscles graciles, montrant une augmentation du signal intra-substantiel de leur tendon avant l'insertion au niveau du pubis, – chondromalacie grade II/III dans les deux genoux ; genou gauche avec ganglion synovial au niveau du ligament croisé postérieur. Enfin, le Dr C. _____ mentionne la présence d'autres diagnostics : perte auditive mixte chronique légère, n'interférant pas avec le rythme de la conversation ; bradycardie chronique sans autres symptômes associés ; insuffisance veineuse chronique bilatérale qui s'intensifie en cas de station debout prolongée, – rapport médical du 18 mai 2017 du Dr D. _____, lequel, après avoir procédé à un examen détaillé, retient les diagnostics d'une chondromalacie patellaire, d'une légère coxa valga bilatérale et d'une fibromyalgie (OAIE pce 16), – le rapport médical du J. _____ (ci-après : Dr J. _____), rhumatologue, du 26 juin 2017 contenant un résumé du suivi sur

C-3457/2023 Page 17 de nombreuses années, en particulier les résultats des imageries médicales réalisées, et mentionnant les diagnostics de : syndrome de Raynaud, coxalgie bilatérale, tendinopathie fessière bilatérale, gonalgie, chondromalacie rotulienne grade II à droite et II/III à gauche, syndrome de la bandelette ilio-tibiale droite, lombalgie mécanique et arthralgie diffuse d'origine indéterminée. Il est également noté qu'aucune pathologie rhumatismale inflammatoire ne peut être observée actuellement (OAIE pce 17), – rapport médical détaillé E 213 du 7 décembre 2018 indiquant en substance que l'intéressée se plaint de douleurs musculaires et articulaires généralisées ainsi que le diagnostic de la fibromyalgie (OAIE pce 3), – rapport médical du 5 juin 2019 du Dr K. _____ (ci-après : Dr K. _____), allergologue, indiquant que l'intéressée présente une sensibilité aux acariens de la poussière de la maison (OAIE pce 36), – rapport médical du 28 août 2019 du Dr C. _____ rappelant en substance les diagnostics déjà connus (OAIE pce 33), – rapport médical du 3 octobre 2019 du Dr D. _____, lequel retient en sus des diagnostics déjà mentionnés un syndrome de sensibilisation centrale. Le traitement médicamenteux est composé de Xeristar 30 mg, Gabapentin 300 mg, Tryptizol 10 mg, Paxiflas 37.5/325 mg, Acétylcarnitine (OAIE pce 38), – attestation du 17 janvier 2020 d'une clinique de nutrition indiquant que l'assurée a consulté en raison des troubles digestifs (OAIE pce 50 ; cf.

également OAIE pce 73), – rapport médical du 18 janvier 2020 du Dr L. _____ (ci-après : Dr L. _____), médecin de spécialisation inconnue, mentionnant les diagnostics de chondromalacie très avancée du genou droit, de valgus du genou droit entraînant la chondromalacie décrite, de fibromyalgie et d'épicondylite et indiquant que l'intéressée présente une affection chronique qui s'aggrave, provoquant un tableau important d'affectation avec des résultats médiocres dans ses différents traitements (OAIE pce 51), – un rapport médical d'un hôpital universitaire à M. _____, en Espagne, – sans signature – du 14 septembre 2020 relevant les diagnostics déjà mentionnés (OAIE pce 60), – rapport d'évaluation neuropsychologique du 15 octobre 2020 du Dr I. _____, duquel il ressort qu'en résumé, les performances cognitives sont normalisées, avec un fonctionnement normal faible dans les tâches d'attention et de mémoire différée. Des troubles sont observés dans la pensée abstraite et dans la capacité à accéder à des informations ou à un lexique déjà acquis. Le Dr I. _____ indique également que contrairement à ces résultats, l'intéressée signale une nette aggravation subjective de ses capacités cognitives (OAIE pce 56),

C-3457/2023 Page 18 – rapport du 30 octobre 2020 de la Dre N. _____ (ci-après : Dre N. _____), cheffe du service de psychiatrie, qui indique en substance que l'examen psychiatrique n'a pas révélé de troubles de l'humeur ou d'anxiété, mais seulement un désespoir dû à la présence soudaine de symptômes de fatigue et rapporte les diverses plaintes de l'assurée, par exemple sommeil fragmenté, mictions fréquentes – presque toutes les heures – même la nuit, troubles de la concentration. En outre, la Dre N. _____ mentionne que l'assurée nie avoir des symptômes psychotiques. Enfin, la Dre N. _____ renvoie aux tests neurologiques annexées, soit au rapport d'évaluation neuropsychologiques du 15 octobre 2020 (OAIE pce 62). Sur la base de la documentation médicale recueillie, le Dr B. _____ a retenu, dans son avis médical du 17 décembre 2020, une incapacité de travail de 40% dès le 18 mai 2017 en raison d'une diminution mineure de la capacité psychophysique due à la fibromyalgie et au syndrome de fatigue chronique sans aucune constatation objective de la présence de déficits cognitifs ou d'une psychopathologie significative. En outre, le Dr B. _____ relève que l'assurée n'est pas pleinement fonctionnelle – même pour un emploi aussi adapté que son activité habituelle – compte tenu de la façon dont les symptômes algiques sont décrits à plusieurs reprises, impliquant en particulier les membres inférieures avec une tension musculaire élevée et une fatigabilité accentuée ainsi que des changements dégénératifs dans la colonne vertébrale et les membres inférieurs, limitant la résistance à certaines activités physiques et la résistance à rester dans la même position corporelle (OAIE pce 66).

E. 7.2

En date du 2 mars 2022, l'intéressée a déposé une demande de révision de sa rente d'invalidité au motif que son état de santé s'est péjoré (OAIE pce 80). A l'appui de sa demande, elle a produit un rapport médical du 20 décembre 2021 du Dr C. _____ (OAIE pce 79), un rapport médical du 9 décembre 2021 du Dr D. _____ (OAIE pce 75) et une copie du rapport médical de son nutritionniste du 17 janvier 2020 (OAIE pce 73) ainsi que divers rapports émanant de ses physiothérapeutes (OAIE pces 74, 76 et 77).

E. 7.2.1

Par la suite, l'intéressée a produit un nouveau rapport médical du Dr C. _____ daté du 10 mai 2022 (OAIE pce 89). Selon ce rapport, l'asthénie et les douleurs arthralgies persistent et les troubles digestifs (dyspepsie et des brûlures d'estomac) obligent l'intéressée à suivre un

régime alimentaire spécifique. En outre, le Dr C. _____ indique que l'intéressée se plaint de troubles cognitifs et de la mémoire et que tous les symptômes se sont aggravés au cours de l'année écoulée, affectant gravement son activité et son travail habituels.

C-3457/2023 Page 19

E. 7.2.2

Selon le rapport médical détaillé E 213 du 13 avril 2022, les diagnostics retenus sont une fibromyalgie, un syndrome de fatigue chronique, une cervicalgie chronique non spécifique et une épicondylite gauche (OAIE pce 91).

E. 7.2.3

Dans sa prise de position du 8 juin 2022, le Dr F. _____ retient que l'aggravation attestée concerne essentiellement les douleurs et la fatigue dans le cadre de la fibromyalgie et que rien ne permet de conclure à une aggravation significative des troubles dégénératifs qui sont à l'origine de la rente. En outre, le Dr F. _____ indique qu'un examen neuropsychologique/psychiatrie est justifié dans la mesure où la documentation médicale actuelle ne permet de juger à leur juste valeur les troubles cognitifs évoqués (OAIE pce 99).

E. 7.2.4

Selon l'évaluation neuropsychologique du 2 novembre 2022, le Dr I. _____ constate que la recourante présente des déficits dans la vitesse de traitement, l'attention sélective, la mémoire, l'apprentissage verbal et la fluidité verbale (OAIE pce 123).

E. 7.2.5

Selon le rapport médical de la Dre G. _____ du 7 novembre 2022, aucun trouble de la mémoire et cognitif n'est retenu. La Dre G. _____ retient un diagnostic de trouble factice et relève qu'il n'existe pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle (OAIE pce 105).

E. 7.2.6

Dans son rapport médical du 1er février 2023, le Dr D. _____ résume l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis 2017, retient les diagnostics de fibromyalgie, de syndrome de fatigue chronique, de chondropathie rotulienne, de légère coxa valga bilatérale, de tendinopathie de la musculature glutéale, de scoliose lombaire et de spondylarthrose lombaire. En outre, le Dr D. _____ effectue une description détaillée de la fibromyalgie (OAIE pce 124).

E. 7.2.7

Selon le rapport médical du 13 mai 2023, le Dr C. _____ indique que la recourante, atteinte d'une fibromyalgie, souffre depuis six mois d'une raideur des mains, et qu'une infiltration a été réalisée. En outre, le Dr C. _____ rapporte que l'intéressée se plaint d'une aggravation de la douleur dans le squelette axial, avec une augmentation de la cyphose dorsale, et qu'elle présente des épisodes intermittents de perte de voix et de dysphonie, l'obligeant à cesser de parler et limitant son activité professionnelle (OAIE pce 126).

C-3457/2023 Page 20

E. 7.2.8

Sur le plan somatique, le Dr F. _____ mentionne et commente les certificats médicaux transmis par l'intéressée dans le cadre de sa demande de révision. En substance, le Dr

F._____ rappelle que la rente avait été accordée pour des troubles dégénératifs légers à modérés objectifs et que rien ne prouve une aggravation de ces troubles. Selon le Dr F._____, toute l'argumentation d'aggravation repose sur l'évolution de la fibromyalgie/syndrome de la fatigue chronique, cela restant non objectif dans le cadre de la jurisprudence suisse. Enfin, le Dr F._____ indique maintenir son avis antérieur et invite le Dr H._____ à se prononcer sur le plan psychiatrique (cf. prise de position médicale du 6 avril 2023 [OAIE pce 130]).

E. 7.2.9

Dans sa prise de position du 17 avril 2023, le Dr H._____ indique que les constatations du Dr I._____ figurant dans son évaluation neuropsychologique du 2 novembre 2022 ne constituent pas une pathologie psychiatrique pleine et entière et qu'il n'est pas possible de pouvoir appréhender des signes neuropsychologiques isolés, permettant d'apparier ces symptômes à un éventuel trouble psychiatrique. En outre, le Dr H._____ indique que le rapport médical du 7 novembre 2022 de la Dre G._____ est postérieur à l'évaluation du Dr I._____ et que la Dre G._____ ne retenait pas de psychopathologie incapacitante de longue durée. Enfin, le Dr H._____ indique que dans le cadre de la pathologie rhumatismale, l'assurée prend un traitement par benzodiazépine qui peut affecter la cognition par processus iatrogène. En conclusion, le Dr H._____ maintient sa position du 14 décembre 2022 (cf. OAIE pce 111), soit qu'il n'est décrit aucune psychopathologie incapacitante de longue durée pouvant influencer le droit à la rente (OAIE pce 131).

E. 8.1

Il convient dès lors d'examiner d'abord, si, comme l'a estimé l'OAIE pour fonder la décision entreprise, les prises de position médicale de son service médical remplissent les réquisits jurisprudentiels y afférents et peuvent se voir attribuer pleine valeur probante.

E. 8.2.1

Sur le plan somatique, le Tribunal constate que le Dr F._____ déclare qu'il n'y a pas eu d'aggravation significative des troubles dégénératifs qui sont à l'origine de la rente.

Toutefois, il sied en particulier de relever que le Dr F._____ ne se prononce pas sur le diagnostic de scoliose lombaire, figurant au rapport médical du Dr D._____ du 1er

C-3457/2023 Page 21 février 2023. Il ressort également de ce rapport du Dr D._____ qu'une IRM rachidienne, réalisée le 25 août 2021, a montré un début de discopathie L3-L4 et L4-L5, sans signe d'atteinte radiculaire et avec des changements de signal dans les plaques D7 et D8 (OAIE pce 124 p. 4). Cette discopathie n'est pas non plus mentionnée par le Dr F._____.

E. 8.2.2

En outre, le Dr F._____ persiste dans ses conclusions relatives au caractère non invalidant de la fibromyalgie selon la jurisprudence suisse tout en indiquant qu'une apparition de troubles cognitifs modérés est possible dans le cadre important des plaintes fibromyalgiques alors que dans sa prise de position du 6 décembre 2022 (cf. OAIE pce 109), le Dr F._____ s'alliait aux constatations médicales de la Dre G._____ relatives à l'absence de pathologie psychiatrique (cf. prise de position médicale du 6 avril 2023 [OAIE pce 130]). Ainsi, il sied de constater que le Dr F._____ se contredit lui-même en retenant la possibilité de troubles cognitifs modérés dans le cadre important des plaintes fibromyalgiques et émet indirectement un doute sur la fiabilité des conclusions de la Dre

G._____.

E. 8.2.3

S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, retenu en 2017 par le rhumatologue traitant de l'intéressée, il n'est pas clair si cette atteinte a été prise en compte ou non lors de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité par décision du 8 juin 2021. En effet, dans sa prise de position médicale initiale du 20 juin 2019, le Dr B._____ avait indiqué qu'il ne pouvait pas attribuer à l'assurée une incapacité de travail supérieure à 30% en l'absence d'une psychopathologie rendant les douleurs insurmontables par la force de la volonté et il avait également répondu par « non » à la question de savoir si l'on est en présence d'un syndrome sans étiologie claire et sans constat de déficit organique, tels que les troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, etc. (OAIE pce 30). Toutefois, le Dr B._____ a mentionné le diagnostic de fibromyalgie parmi les diagnostics principaux (cf. OAIE pces 30 et 66). A cet égard, il convient de relever que le Dr B._____ n'a pas différencié les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de ceux sans répercussion mais il s'est uniquement limité à mentionner les diagnostics principaux. En conséquence, il n'est pas clair si la fibromyalgie a été considérée comme ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée mais la prise de position du 20 juin 2019 susmentionnée laisse supposer que le Dr B._____ se référait à l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral, soit la présomption selon laquelle les affections psychosomatiques peuvent être surmontées par un effort de la volonté raisonnablement exigible. Partant, le Dr B._____ n'a pas tenu compte du changement de

C-3457/2023 Page 22 jurisprudence intervenu pour les maladies psychiques, tels que les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, les autres affections psychosomatiques assimilées ou encore les troubles dépressifs (cf. par exemple : ATF 141 V 281 et 143 V 409). En outre, le Tribunal constate que dans sa décision du 8 juin 2021 – laquelle n'a pas fait l'objet d'une contestation et est entrée en force –, l'autorité inférieure motive l'incapacité de travail de 40% en raison d'une charge psychophysique mineure due à une fibromyalgie et à un syndrome de fatigue chronique (cf. OAIE pces 70 et 72). Or, le Dr F._____ persiste dans ses prises de position médicale en déclarant que le quart de rente a été octroyé en raison des troubles dégénératifs et que la fibromyalgie n'est pas considérée comme invalidante en Suisse. Dans le cadre de la décision litigieuse du 1er mai 2023, l'autorité inférieure a notamment indiqué dans la motivation de sa décision que selon la législation suisse, la fibromyalgie ne donne pas le droit à une rente d'invalidité (OAIE pce 132 p. 2). En somme, il existe une ambiguïté concernant les atteintes invalidantes ayant donné lieu à l'octroi d'un quart de rente et l'appréciation de la fibromyalgie par le SMR.

E. 8.2.4

Quoi qu'il en soit, selon la jurisprudence, la mesure d'instruction adéquate s'agissant de fibromyalgie est la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire, tenant compte à la fois des aspects rhumatologiques et des aspects psychiques ; le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, et l'expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner (ATF 132 V 65 consid. 4.3). La modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards n'a rien changé à cette pratique : la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies

psychosomatiques et, tout comme pour les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), son évaluation sur le plan de la capacité de travail est soumise à la grille d'évaluation susmentionnée (ATF 141 V 281 consid. 2,

E. 8.3

Selon les pièces au dossier, la recourante n'est pas suivie sur le plan psychiatrique. L'intéressée allègue essentiellement des troubles cognitifs, pour lesquels le Dr F._____ a demandé un examen neuropsychologique et l'avis de son confrère psychiatre, le Dr H._____. Dans ses prises de position médicale, le Dr H._____ ne retient aucune pathologie psychiatrique en se basant sur les rapports médicaux de la Dre G._____ et du Dr I._____ ainsi qu'en se référant aux prises de position médicale du Dr F._____. Concernant le rapport médical de la Dre G._____ (OAIE pce 105), il sied de constater que celui-ci contient une partie intitulée « antécédents et motivation de l'évaluation » dans laquelle sont rapportées quelques informations personnelles – soit son âge, le nombre d'enfants et son état civil – et professionnelles ainsi que les plaintes de l'intéressée relatives à ses douleurs. Il est également rapporté que l'intéressée n'a pas de vie sociale – repliée sur elle-même –, ne sort pas de chez elle et qu'elle est toujours fatiguée. En outre, l'assurée a déclaré avoir l'impression que son cerveau est bloqué. Dans la partie concernant l'exploration psychopathologique, la Dre G._____ rapporte en substance que l'intéressée est coopérative, non confuse et vigilante, que la mémoire à court terme et à long terme ainsi que la concentration sont conservées, qu'aucun désordre formel ou de contenu de la pensée n'est objectivé et que l'humeur est légèrement hypothyrique et adaptée à la situation. En outre, la Dre G._____ relève en substance l'absence d'hallucination, de déréalisation, de dépersonnalisation, d'anxiété, d'attaques de panique et d'idéation auto ou hétérolytique. La Dre G._____ indique que l'évaluation fonctionnelle selon l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (ci-après : EGF) est de 90. L'EGF est une échelle numérique (allant de 0 à 100) utilisée en psychiatrie pour évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel d'un individu et il s'agit d'un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie, cette échelle permet de coter l'axe V du DSM-IV. Selon le diagnostic général compris entre 81 et 90, l'individu souffre de « symptômes minimes (par ex. anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours, par C-3457/2023 Page 24 exemple conflit occasionnel avec membres de la famille » (cf. https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89chelle_d%27%C3%A9valuation_globale_du_fonctionnement, consulté le 10 janvier 2025). La Dre G._____ en conclut qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre l'activité professionnelle et la capacité fonctionnelle et recommande la reprise immédiate du travail. En ce qui concerne les diagnostics, la Dre G._____ retient un trouble factice. A cet égard, le Tribunal constate que le diagnostic de trouble factice ne repose sur aucune motivation et que la capacité de travail est retenue par rapport à une échelle sans explication. Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant d'une affection comme la fibromyalgie, une analyse de la capacité de travail doit être faite à la lumière des indicateurs développés par la jurisprudence (concernant le catalogue d'indicateurs cf. consid. 6.3.1). Or, ces éléments ne sont pas évoqués dans le rapport médical de la Dre G._____ et les prises de position du Dr H._____. Par ailleurs, il convient également de relever que dans sa prise de position médicale du 14 décembre 2022, le Dr H._____ confirme la conclusion du Dr F._____

(cf. prise de position du 6 décembre 2022 du Dr F. _____ [OAIE pce 109]) sur le plan psychiatrique et rapporte les constatations de la Dre G. _____ concernant l'absence de troubles cognitifs en particulier. Toutefois, le Dr H. _____ ne mentionne pas le trouble factice retenu par la Dre G. _____, et n'émet aucune appréciation à ce sujet. En outre, le Dr H. _____ ne se prononce pas sur les nouveaux scores des échelles de dépression figurant au rapport médical du Dr D. _____ du 1er février 2023 comme cela avait été demandé par le Dr F. _____ dans sa prise de position médicale du 6 avril 2023 (cf. OAIE pce 130 p. 2). Ainsi, le Tribunal constate qu'à l'instar de son confrère somaticien, le Dr H. _____ se limite à confirmer qu'il n'existe pas de troubles cognitifs sans toutefois effectuer une évaluation normative et structurée du caractère invalidant de la fibromyalgie au moyen d'indicateurs standards conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Partant, les prises de position médicale sur le plan psychiatrique du Dr H. _____ ne remplissent pas les réquisits jurisprudentiels et ne peuvent se voir accorder de valeur probante.

E. 8.4

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate que l'autorité inférieure n'a pas effectué l'instruction adéquate en présence d'un diagnostic de fibromyalgie. Les prises de position médicale de son service médical n'ont par ailleurs pas de valeur probante dans la mesure où l'ensemble de l'état de santé de la recourante n'a pas fait l'objet d'un examen circonstancié. Dans ces circonstances, le Tribunal ne peut déterminer au degré de la vraisemblance prépondérante si l'état de santé

C-3457/2023 Page 25 de la recourante a subi ou non une modification importante depuis la décision du 8 juin 2021.

E. 8.5

Par souci de complétude, il convient de relever encore que la documentation médicale produite par la recourante dans le cadre de la présente procédure figure déjà au dossier de l'autorité inférieure et qu'elle n'est pas susceptible de déterminer la capacité de travail de l'intéressée ou de constater une modification de son état de santé.

E. 9

Ainsi, au vu des éléments au dossier, le Tribunal ne voit pas comment les Drs F. _____ et H. _____ sont parvenus aux conclusions qui sont les leurs s'agissant de l'état de santé de la recourante. En effet, le Tribunal constate que le Dr F. _____ ne se prononce pas sur les diagnostics de fibromyalgie et de fatigue chronique figurant au dossier et déclare simplement que la fibromyalgie n'est pas reconnue comme une atteinte invalidante au sens de la jurisprudence suisse alors que le caractère invalidant ou non de cette atteinte doit faire l'objet d'une évaluation conformément aux indicateurs standards jurisprudentiels susmentionnés. En ce qui concerne les atteintes somatiques, le Dr F. _____ retient que celles-ci n'ont pas subi de modification et ce, sans se prononcer sur la scoliose lombaire qui ne figurait pas parmi les diagnostics mentionnés lors de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité par décision du 8 juin 2021. Quant au Dr H. _____, il ne se prononce pas sur le caractère invalidant ou pas de la fibromyalgie et se limite à déclarer qu'il n'existe pas de troubles psychiatriques et que le traitement par benzodiazépine – administré dans le cadre de la pathologie rhumatismale – peut affecter la cognition par processus iatrogène. A cet égard, il convient également de relever que les Drs F. _____ et H. _____ n'ont pas soulevé les questions relatives à la consommation médicamenteuse et de ses effets sur la

capacité de travail de l'intéressée. En effet, selon les informations au dossier, le traitement médicamenteux de l'intéressée est composé des médicaments suivants : Opiren 15 mg, Arcoxia 60 mg, Artrotec 50 0.2 mg, Ibuprofène 600 mg, Potasion 600 mg, Gabapentine 300 mg, Paxiflas 37.5 mg/325 mg, Tryptizol

E. 10

mg (amitriptyline), Xeristar 30 mg (duloxétine) et la benzodiazépine (cf. OAIE pces 78 et 124 p. 4). Ainsi, il sied de constater que le traitement médicamenteux comprend des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (par exemple, Xeristar 30 mg), des antidépresseurs tricycliques (soit Tryptizol 10 mg) et de la benzodiazépine, qui sont connus pour être addictifs et peuvent provoquer des difficultés de concentration. Par conséquent, le Tribunal constate que cette question n'est pas non plus traitée par le service médical de l'OAIE. Force est ainsi de constater que

C-3457/2023 Page 26 les pièces au dossier ne permettent pas d'apprécier, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de santé somatique et psychiatrique de l'intéressée, ses limitations fonctionnelles et sa capacité résiduelle de travail ; en particulier, il n'est pas possible de déterminer si l'état de santé de l'assurée s'est modifié depuis la décision du 8 juin 2021. Les prises de position des médecins AI, qui se fondent sur ces pièces et qui ont servi de base à la décision litigieuse, ne peuvent donc pas constituer une évaluation finale. Il y a lieu d'annuler la décision entreprise et de procéder à une instruction complémentaire.

E. 10.1

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. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, 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'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du TAF C-3038/2016 du 2 avril 2019 consid. 12 et les références citées). En l'espèce, il ressort du dossier que l'appréciation médicale de l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante n'a pas été instruite comme il se doit et mérite des éclaircissements. Partant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis rende une nouvelle décision.

E. 10.2

L'autorité inférieure requerra le dossier médical complet de l'intéressée auprès de ses médecins traitants, en particulier toutes les informations nécessaires relatives au traitement médicamenteux de l'intéressé, et, ensuite, mettra en œuvre une expertise médicale en Suisse, sous réserve de l'art. 43 al. 2 LPGA, en particulier dans les domaines de la psychiatrie et de la rhumatologie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée) et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1).

E. 11

Partant, le recours doit être admis et la décision du 1er mai 2023 annulée. La cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

E. 12

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. La recourante a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Partant, l'avance de frais de 800 francs versée par la recourante (TAF pces 9 à 15) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Par ailleurs, il n'est pas alloué de dépens, la recourante n'étant pas représentée et n'ayant pas fait valoir que des frais indispensables et relativement élevés lui ont été occasionnés, l'autorité inférieure n'y ayant par ailleurs pas droit (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). (le dispositif se trouve à la page suivante)