



Cour III
C-4080/2020

Arrêt du 15 juin 2023

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Beat Weber, David Weiss, juges,
Müjde Atak, greffière.

Parties

A. _____, (France),
recourante,
contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 24 juin 2020).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), de nationalité suisse et domiciliée en France, née le (...) 1979, est mariée et mère de deux enfants mineurs (nés en [...] 2018 et [...] 2020). Titulaire d'un CFC d'employée de commerce, d'un DAS en management de projets et d'un diplôme de formatrice en entreprise, l'intéressée a travaillé en Suisse dès l'année 1997, en dernier lieu en qualité d'assistante de direction, à plein temps, auprès des [...] à [...], dès le 1^{er} juillet 2009 (AI pces 26, 35, 78 et 88).

B.

B.a Le 12 novembre 2012, l'employeur de l'intéressée a fait une annonce de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité à [...] (ci-après : OAI-B._____ ; AI pce 21). Cette procédure a été clôturée le 5 décembre 2012 dès lors que l'intéressée avait repris son activité professionnelle à 50% (AI pce 25).

B.b Le 19 décembre 2016, l'employeur de l'assurée a de nouveau entamé une procédure de détection précoce (AI pce 26).

Le 15 février 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse (AI) auprès de l'OAI-B._____ en indiquant en substance qu'elle était en incapacité de travail en raison des troubles du sommeil récurrents, d'un dumping syndrome et d'un épisode dépressif (AI pces 34 et 35).

B.c Dans le cadre de cette demande, les documents médicaux suivants ont été transmis par l'intéressée à l'OAI-B._____ :

- rapport médical du 21 janvier 2009 du Dr C._____ (ci-après : Dr C._____), spécialiste FMH pneumologie, diagnostiquant un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil, une obésité (BMI 37 kg/m²) et une hypercholestérolémie (AI pce 32 p.1) ;
- rapport médical du 2 mai 2016 du Dr D._____ (ci-après : Dr D._____), compétent en médecine générale, exposant les antécédents médicaux de l'intéressée, à savoir notamment : suspicion d'allergie aux crevettes ; exérèse naevus aile du nez gauche vers 1995 ; épisodes anxio-dépressifs réactionnels ; apnée du sommeil, diagnostiqué avant le by-pass, appareil non toléré (AI pce 32 p. 4) ;

- rapport médical du 2 septembre 2016 de la Dre E. _____ (ci-après : Dre E. _____), médecin de spécialisation inconnue, concluant à l'absence de syndrome d'apnées du sommeil sur l'enregistrement de la polygraphie ventilatoire effectuée à domicile le 26 août 2016 (AI pce 38 p. 3 s.) ;
- résultats d'analyses sanguines dont le prélèvement a été fait le 10 novembre 2016 (AI pce 32 pp. 5-8) ;
- rapport de consultation du 9 décembre 2016 de la Dre E. _____, indiquant en substance que l'intéressée a sollicité une nouvelle consultation de pneumologie, sa polygraphie ventilatoire nocturne n'ayant finalement pas révélé de syndrome d'apnée du sommeil évident, en raison d'une fatigue chronique, d'un sommeil jugé non réparateur et des réveils nocturnes multiples dus aux cauchemars et qu'en raison d'un possible syndrome de haute résistance des voies aériennes supérieures, une polysomnographie était organisée. Le traitement médicamenteux actuel de l'intéressée est composé de Sertraline (antidépresseur), d'acide folique, de Tardyferon et d'un traitement hormonal pour la procréation médicalement assistée (ci-après : PMA ; AI pce 32 p. 2 s. et pce 38 p. 2) ;
- rapport médical du 28 mars 2017 de la Dre F. _____ (ci-après : Dre F. _____), compétente en maladies du foie et de l'appareil digestif, indiquant en substance que l'intéressée se plaint depuis plusieurs années de troubles du sommeil et souffre du trouble carenciel notamment de carence martiale, ne répondant pas à une recharge orale. Il est en outre mentionné qu'un traitement par Tardyferon, deux fois par jour, durant trois mois a été pris et terminé et qu'un traitement de la vitamine B12 est en cours. En outre, la Dre F. _____ relève qu'une indication de coloscopie avec biopsies étagées doit être posée et qu'une recharge martiale par voie injectable est nécessaire par Venofer (AI pce 53 p. 1) ;
- rapport médical non daté, reçu le 6 avril 2017 par l'OAI-B. _____, établi par la Dre X. _____ (ci-après : Dre X. _____), psychiatre, indiquant en substance suivre l'intéressée depuis le 9 mars 2016, laquelle se plaint d'une fatigabilité, des troubles du sommeil, de la tristesse et des pleurs. La Dre X. _____ a diagnostiqué une dysthymie (F34.1) et un trouble de la personnalité anankastique (F60.5) et atteste que l'activité exercée est exigible à 50%. Le traitement médicamenteux de l'assurée est composé de Cymbalta 60 mg à raison d'une fois par jour, auparavant c'était Sertraline 50 mg (AI pce 47) ;
- compte-rendu d'hospitalisation pour la polysomnographie du 6 avril 2017 signé par le Dr G. _____ (ci-après : Dr G. _____), médecin de spécialisation inconnue, concluant à un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil léger ne nécessitant actuellement pas de traitement par pression positive continue, qualifiant cela de rassurant. En outre, le Dr G. _____ préconise une consultation auprès d'un ORL pour rechercher un phénomène obstructif au niveau nasal et/ou pharyngé (AI pce 53 p. 2) ;

- résultats d'analyses sanguines dont le prélèvement a été effectué le 22 mars 2017 (AI pce 53 pp. 3-4) ;
- rapport médical du 25 mai 2017 du Dr D. _____ expliquant à la recourante en substance qu'il serait plus pertinent que ce soit le médecin spécialiste qui remplisse le dossier d'assurance de l'intéressée dans la mesure où il n'est pas à l'origine des arrêts de travail (AI pce 59 p. 2) ;
- rapport médical, peu lisible et rempli partiellement, du 2 juin 2017 de la Dre F. _____ indiquant en substance que l'intéressée souffre de carences en fer et en vitamine B12, d'un dumping syndrome post by-pass et de la fatigue (AI pce 56 p. 3 s.) ;
- rapport médical du 12 juin 2017 de la Dre F. _____ indiquant en substance que l'assurée souffre des troubles du sommeil et d'un syndrome carenciel important avec carence martiale sévère ne répondant pas à un traitement par voie orale et justifiant des perfusions de Venofer récurrentes. En outre, la Dre F. _____ retient que l'intéressée ne peut pas reprendre une activité professionnelle à plein temps en raison des troubles du sommeil, du syndrome vitaminique carenciel et des malaises postprandiaux précoces évocateurs de dumping syndrome lors de la consommation de certains sucres rapides. Elle préconise une prise en charge auprès d'un médecin nutritionniste vis-à-vis de ce tableau du dumping syndrome post by-pass (AI pce 59 p. 1) ;
- rapport médical du 10 novembre 2017 de la Dre F. _____, indiquant notamment l'organisation de trois nouvelles perfusions de Venofer assorties de trois perfusions de Cernevit et le niveau très bas de la ferritine et des vitamines B12 et B9. En outre, elle relève que l'assurée, enceinte de 32 semaines, doit être surveillée de près en raison de ces différentes carences vitaminiques (AI pce 67 p. 3) ;
- rapport médical du 17 novembre 2017 de la Dre H. _____ (ci-après : Dre H. _____), médecin de spécialisation inconnue, indiquant que l'intéressée, ayant bénéficié en 2010 d'une chirurgie bariatrique par by-pass pour obésité sévère, se plaint de malaises diffus survenant au décours ou à distance des repas malgré une alimentation équilibrée sur le plan lipidique et glucidique, et que ses symptômes pourraient faire évoquer un dumping syndrome associé à des hypoglycémies réactionnelles plus tardives. En raison de la grossesse de l'intéressée, aucun traitement ne peut lui être proposé mais après l'accouchement, un traitement par Acarbose pourrait éventuellement être mis en place pour tenter d'atténuer la symptomatologie (AI pce 67 p. 2) ;
- rapport médical intermédiaire AI du 16 avril 2018 de la Dre X. _____, psychiatre, indiquant que l'état de santé de l'intéressée s'est amélioré sans changement de diagnostics et précisant une persistance d'un sommeil fractionné, des malaises matinaux et des difficultés de planification des journées. En termes de limitations fonctionnelles, la Dre X. _____ indique la fatigabilité et la procrastination. Enfin, elle mentionne que l'intéressée ne prend aucun traitement médicamenteux (AI pce 72) ;

- rapport médical du 23 avril 2018 de la Dre H. _____ indiquant ne pas disposer d'informations suffisantes afin de répondre au questionnaire médical de l'assurance-invalidité dans la mesure où elle n'a vu l'intéressée en consultation qu'une seule fois pour un avis nutritionnel relatif à un dumping syndrome dans les suites d'un by-pass en 2010 (AI pce 73) ;
- rapport médical du 2 mai 2018 de la Dre F. _____, indiquant notamment que l'assurée souffre d'un syndrome carenciel récidivant objectivé par dosages sériques et justifiant une recharge par voie veineuse et par voie orale répétée, ce syndrome entraînant une asthénie avec retentissement sur la capacité de travail de manière chronique, et d'un dumping syndrome postprandial précoce. Elle retient que la fatigabilité de l'intéressée justifie de proposer des horaires de travail aménagés sans excéder plus de quatre heures de travail consécutif quotidien et estime, sans pouvoir être plus précis, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles entre un mi-temps ou deux tiers du temps plein. A ce rapport médical sont joints quatre autres rapports médicaux, datés des 12 juin (cf. *supra*) et 10 novembre 2017 (cf. *supra*) et du 20 avril 2018, établis également par la Dre F. _____. Le rapport médical du 20 avril 2018, rédigé à l'attention du Dr I. _____ (ci-après : Dr I. _____), vraisemblablement compétent en endocrinologie, mentionne que l'intéressée, accouché en janvier 2018, se plaint de la fatigue, alors que la biologie ne retrouve pas de syndrome carenciel marqué. En outre, elle déclare que l'intéressée est très impactée par ses malaises postprandiaux dans son activité professionnelle et qu'un bilan et une prise en charge diététique paraissent justifiés. Le second rapport du 20 avril 2018, adressé au Dr J. _____ (ci-après : Dr J. _____), médecin compétent en médecine interne générale, informe ce dernier des résultats de la biologie et mentionne qu'une consultation en endocrinologie avec le renfort de soins du support notamment avec une diététicienne est nécessaire (AI pce 74 pp. 1-5) ;
- rapport médical du 29 juin 2018 de la Dre F. _____, indiquant que l'intéressée souffre de carences polyvitaminiques en partie expliquée par un by-pass en 2010, que compte tenu des malaises postprandiaux très invalidants dans le quotidien et dans le cadre professionnel, un avis en endocrinologie est nécessaire, dont la consultation est prévue en décembre. En outre, la Dre F. _____ explique que des perfusions de Venofer, Cernevit et Nutryelt (polyvitaminique et oligo-éléments) seront effectuées régulièrement deux fois par mois dans la mesure où l'intéressée a constaté une amélioration significative de l'asthénie après les perfusions. La Dre F. _____ indique avoir prolongé l'arrêt de travail de l'intéressée à 50% de son taux habituel pour tout le mois de juillet (AI pce 80) ;
- rapport médical du 6 août 2018 de la Dre F. _____ adressé à l'OAI-B. _____ en réponse au questionnaire médical du 31 juillet 2018, par lequel la Dre F. _____ complète son rapport médical du 29 juin 2018 en précisant que d'un point de vue strictement gastroentérologique, elle propose raisonnablement de poursuivre

l'arrêt de travail à 50% et de privilégier le télétravail le matin en raison des malaises matinaux (AI pce 87).

B.d Invitée par l'OAI-B. _____ à se prononcer sur le dossier médical, dans un rapport du 1^{er} novembre 2018, la Dre K. _____ (ci-après : Dre K. _____), médecin généraliste et du service médical régional (ci-après : SMR), a conclu que toutes les pathologies dont souffrait l'assurée sont corrigées après une bonne conduite de traitement et que l'incapacité de travail de 50% n'est pas médicalement justifiée (AI pce 90).

B.e Par projet de décision du 9 novembre 2018, l'OAI-B. _____ a annoncé à la recourante qu'il entendait lui nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, dès lors que le médecin du SMR avait conclu à l'absence d'atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (AI pce 92).

B.f Par écrit du 7 décembre 2018, l'intéressée s'est opposée au projet de décision et a notamment produit divers rapports médicaux, datés du 2 mai 2018 (*cf.* consid. B.c *supra*), des 8 et 26 novembre 2018, de la Dre F. _____ et un rapport médical du 16 octobre 2018 du Dr L. _____ (ci-après : Dr L. _____), ORL, retenant un eczéma du conduit auditif externe de l'oreille gauche, une rhinite vestibulaire et un SAS (AI pce 93). Selon le rapport médical du 8 novembre 2018, la Dre F. _____ rapporte que l'état de santé de l'intéressée justifie un suivi médical régulier, une surveillance par prise de sang régulière et l'administration régulière de traitement intraveineux dans le cadre de carences vitaminiques multiples sévères, liées au by-pass et expliquant l'état d'asthénie chronique de l'assurée, les malaises après les repas ainsi que les difficultés d'équilibre tensionnel. Elle précise en outre que les symptômes, plus marqués le matin, justifient de proposer sur le plan médical une limitation de l'activité professionnelle à 50% d'un temps plein, et éventuellement 60% avec l'aménagement des horaires de travail en privilégiant notamment un télétravail le matin (AI pce 93 p. 5). Quant au rapport du 26 novembre 2018 de la Dre F. _____, il est mentionné en substance que les taux de la ferritine et de la vitamine B12 sont dans les normes, que les perfusions mensuelles de Venofer, Cernevit et Nutryelt sont maintenus et qu'une endoscopie haute sera réalisée le 10 décembre 2018 (AI pce 93 p. 4).

Par correspondance du 2 janvier 2019, l'intéressée a complété son opposition en produisant un rapport d'endoscopie haute du 10 décembre 2018 de la Dre F. _____, concluant à un examen normal (AI pce 96 p. 1) et un rapport d'examen histologique, du 17 décembre 2018, du Dr

M._____ (ci-après : Dr M._____), médecin de spécialisation inconnue, concluant que la muqueuse jéjunale est normale (AI pce 96 p. 2) et un compte-rendu du 18 décembre 2018 du Dr I._____, indiquant en substance que l'hyperglycémie provoquée orale en octobre 2017 dont les valeurs témoignent clairement d'une pathologie de la tolérance aux hydrates de carbone avec tendance hyper glycémique postprandiale immédiate et au contraire une hypoglycémie à distance et qu'un traitement par Acarbose est tenté afin de voir si les symptômes s'améliorent (AI pce 96 pp. 3-4). En outre, le Dr N._____ (ci-après ; Dr N._____) médecin conseil de l'employeur, s'est également prononcé sur l'état de santé de l'assurée dans un rapport médical datant du 3 décembre 2018 en rapportant en substance que selon les dires de l'intéressée et les documents médicaux fournis, il n'était pas envisageable d'améliorer sa capacité de travail au-delà de 50% et la contre-indication à travailler le matin était vraisemblablement durable et non susceptible de changement. Le Dr N._____ a également précisé que la situation était compliquée par le fait que des investigations complémentaires en cours n'ont pas été réalisées dans les délais habituels, par exemple un délai de huit mois pour une évaluation endocrinologique, et a estimé qu'il était indispensable que l'AI demande une expertise médicale multidisciplinaire (AI pce 98).

B.g Invitée à se déterminer sur les pièces médicales transmises par la recourante à la suite du projet de décision du 9 novembre 2018, la Dre K._____ propose dans son avis médical du 20 janvier 2019 la mise en place d'une expertise bidisciplinaire en psychiatrie et médecine interne dans la mesure où les rapports médicaux des médecins traitants ne contiennent pas tous les éléments nécessaires pour conclure s'il existe une atteinte notable et durable à la santé (AI pce 99).

B.h Le 29 avril 2019, la recourante a été convoqué par le centre d'expertises médicales O._____ SA (ci-après : O._____ SA), à (...), pour une expertise bidisciplinaire (AI pce 104).

Le volet psychiatrique a été réalisé le 20 mai 2019 de 14h15 à 16h00 par la Dre P._____ (ci-après : Dre P._____), spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. S'agissant de la médecine interne, le Dr Q._____ (ci-après : Dr Q._____), médecin praticien FMH en médecine générale, médecin certifié en appréciation de la capacité de travail SIM et expert médical certifié SIM, a examiné l'intéressée le 24 mai 2019 de 10h05 à 13h10 (AI pce 106 p. 4).

Selon le rapport d'expertise du 13 septembre 2019 (ci-après : rapport d'expertise), les experts ont diagnostiqué un dumping syndrome post by-pass, posé en 2010, associé à des troubles apparus trois ans après, tels que des hypoglycémies réactionnelles plus tardives, une hypotension artérielle et une intolérance aux glucides et aux repas riches en graisses, et des troubles fonctionnels intestinaux, depuis l'adolescence, accentués depuis la pose du by-pass comme ayant une incidence sur la capacité de travail (AI pce 106 p. 7). Au terme de limitations fonctionnelles, les experts ont retenu que l'intéressée doit pouvoir s'allonger et se reposer en surélevant les jambes, pendant 15 à 30 minutes, en cas de crise hypotensive modérée ou intense, éviter toute activité sur des échelles ou des échafaudages, l'alternance répétée de la position accroupie, à genoux, allongée à la position debout et tout port de charges supérieures à 10 kg ainsi que tout travail au-dessus des pectoraux et avoir un accès facile à des toilettes proches (AI pce 106 pp. 7-8). En outre, les experts ont relevé que les limitations fonctionnelles n'ont aucun impact dans son activité habituelle. Enfin, les experts ont conclu que la capacité de travail de la recourante était de 100% dans l'activité habituelle à compter du mois de juin 2018 (AI pce 106 p. 10).

B.i Au courant du mois de septembre 2019, divers documents ont été transmis à l'OAI-B. _____ :

- rapport médical du 11 février 2019 du Dr R. _____ (ci-après : Dr R. _____), médecin compétent en chirurgie générale, digestive et coelioscopique, indiquant notamment que toutes les séquelles dont souffre l'intéressée sont indiscutablement liées au by-pass entraînant un certain degré d'invalidité pour l'assurée qui est actuellement en incapacité de travail de plus de 50% (AI pce 109 p. 2) ;
- rapport médical du 14 mars 2019 de la Dre F. _____ faisant état d'une amélioration significative mais non totale des malaises sous Acarbose dont le point sera fait avec le Dr I. _____ et d'une biologie très satisfaisante avec une normalité de la vitamine B12/B9 et de la ferritinémie. En outre, la Dre F. _____ mentionne que l'intéressée a récemment débuté un traitement antidépresseur par Sertraline et que l'activité professionnelle est difficilement maintenue à 70% (AI pce 109 p. 5) ;
- rapport médical du 11 juin 2019 de la Dre F. _____ indiquant en substance que la recherche de stéatorrhée est positive, liée au by-pass et à une probable pullulation microbienne/montage chirurgical, et qu'un traitement par Ciflox est proposé. En outre, elle indique que la biologie médicale objective une carence en folates et en B12 ainsi qu'une diminution de la ferritinémie, et que, de ce fait, les perfusions Venofer, Nutryelt et Cervenit seront réalisées au courant du mois de juin. La prolongation de la capacité de travail à temps partiel à 70% est remise à l'intéressée pour le mois de juin

et qu'une consultation par un expert de chirurgie bariatrique est à organiser (AI pce 109 p. 4) ;

- rapport médical du 9 août 2019 de la Dre F. _____ indiquant que l'état de santé et les malaises récurrents pour lesquels l'intéressée est suivie et traitée sur les plans endocrinien et gastroentérologique sont incompatibles avec un lieu de travail distant de plus de 15 minutes de son domicile et que le taux d'activité recommandé sur le plan médical est situé au maximum à 70% d'un temps complet, incluant le télétravail (AI pce 109 p. 6) ;
- rapport médical du 16 août 2019 de la Dre F. _____ exposant en substance suivre l'intéressée depuis plusieurs mois dans le cadre d'un difficile tableau post by-pass avec des carences polyvitaminiques, une stéatorrhée avérée, des malaises hypoglycémiques postprandiaux précoces invalidants et qu'avec le traitement par Acarbose, débuté en fin 2018, il y a une amélioration significative, mais partielle s'agissant des malaises. En outre, le traitement anti-pullulation microbienne par Ciflox n'a pas eu de modification sur la stéatorrhée et signale une colopathie importante. La Dre F. _____ indique avoir prolongé l'arrêt de travail limité à 70% avec le télétravail le matin. Sur le plan psychologique, le traitement est composé de Sertraline (antidépresseur), débuté en 2019, et Zolpidem (somnifère) à la demande (AI pce 109 p. 3) ;
- rapport médical du 13 septembre 2019 de la Dre S. _____ (ci-après : Dre S. _____), spécialiste en médecine interne, indiquant en substance que l'intéressée ne peut pas travailler à un taux supérieur à 70% incluant une contre-indication à travailler le matin (AI pce 108) ;
- courrier du 23 septembre 2019 de l'employeur de l'intéressée par lequel l'employeur a mis fin aux rapports de travail avec effet au 30 septembre 2019 en raison de l'état de santé de l'intéressée (AI pce 110).

B.j Selon le rapport du SMR du 17 octobre 2019, la Dr K. _____ relève en substance que l'intéressée était en incapacité de travail de mars 2017 jusqu'en mai 2018 à raison de 50% et que, dès lors, sa capacité de travail est de 100% dans toute activité confondue sous réserve des limitations fonctionnelles. A cet égard, la Dre K. _____ indique que l'intéressée doit pouvoir s'allonger et se reposer en soulevant les jambes pendant 15 à 30 minutes en cas de crise hypotensive, avoir un accès facile aux toilettes proches, éviter une activité sur des échelles ou échafaudages et l'alternance répétée de la position à genoux, d'élever le bras droit au-dessus des pectoraux ainsi que le port de charges de plus de 10 kg (AI pce 111).

B.k Par projet d'acceptation de rente du 11 mars 2020, l'OAI-B. _____ a annoncé à l'intéressée son intention de lui octroyer une demi-rente

d'invalidité limitée dans le temps pour la période du 1^{er} août 2017 au 31 août 2018, et de lui refuser des mesures d'ordre professionnel (AI pce 122).

B.i Par correspondance du 8 mai 2020, l'intéressée s'est opposée au projet de l'OAI-B. _____ du 11 mars 2020 et a notamment produit un rapport médical du 6 mai 2020 établi par la Dre F. _____ et une attestation de grossesse datée du 4 mai 2020 établie par la Dre T. _____ (ci-après : Dre T. _____), gynécologue-obstétricienne.

B.m Invitée à se prononcer sur les rapports médicaux par l'intéressée lors de son opposition, la Dre K. _____ relève qu'il n'y a pas de changement notable sur le plan médical susceptible de changer les conclusions précédentes (AI pce 126).

B.n Par décision du 24 juin 2020, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a rejeté l'opposition formée par l'intéressée et confirmé le projet de décision du 11 mars 2020 (AI pce 130).

Par décision du 2 septembre 2020, l'OAIE a octroyé une demi-rente ordinaire d'invalidité pour enfant liée à la rente de la mère du 1^{er} janvier 2018 au 31 août 2018 (AI pce 135).

C.

C.a Par acte du 14 août 2020 (timbre postal), l'intéressée a interjeté recours contre la décision de l'OAIE du 24 juin 2020 par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal), en indiquant en substance de ne pas comprendre la raison pour laquelle la rente est limitée dans le temps dans la mesure où son état de santé ne s'est pas amélioré, que ses différents médecins font état d'une invalidité chronique et qu'une expertise en gastroentérologie ou en chirurgie bariatrique aurait dû être réalisée (TAF pce 1).

C.b Par décision incidente du 2 septembre 2020, le Tribunal a invité la recourante à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs dans les 30 jours dès réception, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 2). Le montant a été versé dans le délai imparti (TAF pce 3).

C.c Par réponse du 4 décembre 2020, l'OAIE a transmis au Tribunal le dossier complet de la cause et la prise de position du 1^{er} décembre 2020 de l'OAI-B. _____ et conclu au rejet du recours et à la confirmation de la

décision attaquée. Dans sa prise de position, l'OAI-B. _____ a notamment indiqué que la recourante n'amène aucun élément médical objectif nouveau susceptible de remettre en cause les conclusions médicales formulées dans le rapport d'expertise du 13 septembre 2019, lequel satisfait manifestement aux exigences définies par la jurisprudence et a, dès lors, pleine valeur probante (TAF pces 5 et 6).

C.d Par réplique du 1^{er} mars 2021 (timbre postal), la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions et a produit divers documents et rapports médicaux établis entre février 2017 et février 2021 (TAF pce 12).

C.e Par duplique du 31 mars 2021, l'OAIE a maintenu ses conclusions et a renvoyé à la prise de position du 30 mars 2021 de l'OAI-B. _____ ainsi qu'à l'avis médical de la Dre U. _____ (ci-après : Dre U. _____), médecin SMR et de spécialisation inconnue, du 23 mars 2021 qu'il a par la même occasion transmis au Tribunal (TAF pce 14).

C.f Par ordonnance du 16 avril 2021, le Tribunal a signalé aux parties la clôture de l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 15).

D.

Les autres faits et arguments pertinents de la cause sont retranscrits et examinés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :

1.

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.01] et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

Le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1 ; 140 V 22 consid. 4). A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier

1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2). Etant donné que la recourante est domiciliée en France et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de son activité frontalière, c'est à juste titre que l'Office AI du canton de B._____ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifiée la décision entreprise.

2.

Le présent litige est circonscrit à la suppression du droit à la demi-rente de la recourante à partir du 1^{er} septembre 2018, singulièrement sur l'amélioration de la capacité de travail de 50% opposée à la recourante à partir du 1^{er} juin 2018. La question décisive est par conséquent celle de savoir si l'autorité inférieure pouvait exiger de la recourante l'exercice d'une activité lucrative à 100% à compter du 1^{er} juin 2018 dans l'activité habituelle de l'intéressée (ATF 131 V 164 consid. 2.1 et 2.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2c) et 2d)).

3.

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, 3^e 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, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; ATF 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.2 S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un élément d'extranéité puisque la recourante, de nationalité suisse et domiciliée en France, conteste l'octroi temporaire d'une demi-rente d'invalidité suisse. 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), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (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 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, le droit à une rente d'invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

3.3 En outre, il y a lieu en principe d'appliquer les règles de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve des dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Le juge des assurances sociales apprécie en outre la légalité des décisions d'après les faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b ; 99 V 98 consid. 4 ; arrêts du TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1 ; 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse ayant été rendue le 24 juin 2020, il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus jusqu'à cette date et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là. Dès lors, la modification de la LAI du 19 juin 2020 (RO 2121 705 ; FF 2017 2559), dans la mesure où elle est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022, ne trouve pas application dans le cas d'espèce.

4.

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité a droit à une rente d'invalidité ordinaire (al. 1). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat

membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans (cf. *supra* A ; AI pces 41 et 88). Elle remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assurée est invalide au sens de la loi.

5.

5.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas 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).

5.2 Un 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 (art. 28 al. 2 LAI). Les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un d'eux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

5.3 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI).

5.4 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition 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 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci 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 LPGA).

5.5 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale). Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

5.6 Lorsqu'une décision accorde avec effet rétroactif une rente d'invalidité échelonnée ou limitée, les dispositions sur la révision d'une rente d'invalidité sont applicables par analogie (art. 17 LPGA et art. 88a RAI ; ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; arrêt du TF 8C_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 ; 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié dans l'ATF 137 V 369 ; MARGIT MOSER-SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, art. 17 n° 9 p. 249 s.). Elle doit donc se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité. La date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (par analogie : ATF 125 V 413 consid. 2d ; arrêt du TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3 ; voir aussi MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 n° 32) dont l'al. 1 prévoit que s'il y a amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du

moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6.

6.1 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la Classification Internationale des Maladies (ci-après : la CIM) ou le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; ci-après : le DSM-IV ; ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). A l'inverse, 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).

6.2 Le 30 novembre 2017, dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ss) – aussi les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 ss) – doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (arrêt du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017) afin de pouvoir évaluer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail. Cette procédure tient compte des facteurs d'incapacité d'une part et des ressources de la personne assurée d'autre part et les limitations constatées doivent être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3).

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).

La Haute Cour a encore précisé que pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de procéder à un examen normatif selon l'ATF 141 V 281 lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée dans les cas où il est établi à la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du TF 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il ne faut pas non plus procéder à un examen normatif structuré lorsque l'assuré présente notamment une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du TF 8C_341/2018 du 13 août 2018).

7.

7.1 Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. A cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

7.2 Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4). A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du spécialiste soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 130 V 396).

Cela étant, selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ou que des circonstances particulières ne fondent objectivement des doutes quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb et 122 V 157 consid. 1c ; arrêt du TF 9C_575/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2 ; I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

7.3 S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2^{bis} LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.6 ; 122 V 157 consid. 1d ; 123 V 175 consid. 3d ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Par ailleurs, 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 leur appréciation ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

7.4 Selon la jurisprudence développée en matière de révision du droit à la rente et applicable par analogie en cas d'octroi d'une rente limitée dans le temps (cf. consid. 5.6 *supra*), la valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas, alors que les circonstances sont demeurées inchangées, ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; voir aussi arrêt du TF 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2 ; ANDREAS TRAUB, *Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevison*, RSAS 2012 p. 183 ss ; MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, art. 31 n° 11).

7.5 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

7.6 Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1 ; MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, art. 57 n° 48). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise privée 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. Ainsi, on en retiendra 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 références citées ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février

2017 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).

7.7 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

8.

8.1 En l'espèce, le Tribunal constate que l'octroi d'une demi-rente à la recourante du 1^{er} août 2017 au 31 août 2018 n'est pas contesté. La recourante conteste cependant la suppression de sa rente à partir du 1^{er} septembre 2018 et la valeur probante de l'expertise du 13 septembre 2019. En outre, l'intéressée reproche à l'autorité inférieure de ne pas avoir ordonné une expertise en gastroentérologie ou en chirurgie bariatrique. Dans la mesure où l'autorité inférieure s'est en particulier basée sur ladite expertise pour supprimer la rente susmentionnée, il sied en premier lieu d'analyser sa valeur probante.

8.1.1 L'expertise médicale bidisciplinaire a été établie par les Drs Q._____, médecin praticien FMH en médecine générale, médecin certifié en appréciation de la capacité de travail SIM et expert médical certifié SIM, et P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, portant sur la période allant du mois de janvier 2009 au 14 mai 2019. Disposant de l'ensemble du dossier, la Dre P._____ a examiné la recourante le 20 mai 2019 et le Dr Q._____ a effectué l'examen médical en médecine interne le 24 mai 2019 (AI pce 106 p. 4). Les experts ont d'abord apprécié le cas spécifiquement à leur discipline médicale respective puis établi et signé conjointement le rapport d'expertise après une discussion interdisciplinaire (AI pce 106 p. 5 s.). Il sied d'examiner si ces spécialistes disposent de la formation et de toutes les connaissances nécessaires pour juger valablement de l'état de santé, de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que des limitations fonctionnelles de la recourante.

8.1.2 Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (arrêt TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (arrêts du TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2).

S'agissant des qualifications professionnelles des experts, le Tribunal constate que la Dre P._____, psychiatre, dispose de la formation et de toutes les connaissances nécessaires pour juger valablement de l'état de santé, de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que des limitations fonctionnelles de la recourante dans sa discipline. Quant au Dr Q._____, il sied de relever que ce dernier est au bénéfice de diplômes de médecin praticien FMH en médecine générale, de médecin certifié en appréciation de la capacité de travail SIM et d'expert médical certifié SIM (AI pce 106 p. 4) sans toutefois disposer d'une formation spécialisée en gastroentérologie ou en chirurgie viscérale. En effet, il est incontestable que les problèmes de santé de la recourante sont apparus après l'intervention de pose de by-pass et en sont liés (*cf.* consid. B.c *supra* et consid. 8.1.4 et 8.1.5 *infra*). Il convient d'examiner si le rapport d'expertise bidisciplinaire dans les domaines de la médecine interne et psychiatrique du 13 septembre 2019 permet d'apprécier les atteintes à la santé de la recourante et leurs répercussions sur sa capacité de travail malgré l'absence d'un examen médical par un spécialiste en gastroentérologie.

8.1.3 Il ressort du rapport d'expertise du 13 septembre 2019 que celui-ci a été établie en pleine connaissance du dossier médical (AI pce 106 p. 48 s. et p. 65 s.) et contient une anamnèse complète prenant en compte les plaintes de la recourante qui y sont compilées (AI pce 106 pp. 14 s. et 34 s.) et qu'il a été établi sur la base d'examens approfondis et d'investigations complètes dans le domaine médical respectif des experts (AI pce 106 pp. 22 s. et 39 s.). Concrètement, dans les deux disciplines de l'expertise, le rapport y relatif fait état d'examens poussés sur la personne, ceux-ci

donnant ensuite lieu à des constatations objectives et à des diagnostics. Enfin, les experts développent une discussion sur la situation médicale et les points litigieux sur la base d'une évaluation consensuelle qui a eu lieu le 27 août 2019 (AI pce 106 pp. 4 et 5 s.). Ils expliquent les différences objectives qu'ils ont constatées par rapport à certaines plaintes subjectives de la recourante. Ils indiquent également lorsqu'ils confirment ou s'écartent de l'avis d'autres médecins consultés antérieurement par la recourante. Les points litigieux importants ont ainsi fait l'objet d'une étude détaillée et y sont discutés comme il se doit. En somme, le contexte médical de la recourante y est décrit de façon claire et compréhensible. Les conclusions tirées sont dûment motivées.

8.1.4 Ainsi, après évaluation interdisciplinaire, les experts concluent, d'une part, à l'absence de diagnostic psychiatrique, et d'autre part, sur le plan somatique, à une capacité de travail de 50% du 29 avril au 22 septembre 2016, de 0% du 23 septembre au 20 octobre 2016, de 50% du 21 octobre au 25 novembre 2016, de 75% du 28 novembre 2016 au 8 mars 2017, de 50% du 9 mars 2017 jusqu'au mois de mai 2018 dans toute activité confondue. Dès juin 2018, en raison de la supplémentation régulière et mensuelle corrigeant les déficits sévères en ferritinémie et en vitamine B12, la capacité de travail de la recourante est de 100% dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Au terme de limitations fonctionnelles, l'expert retient que l'intéressée doit pouvoir s'allonger et se reposer en surélevant les jambes, pendant 15 à 30 minutes, en cas de crise hypotensive modérée ou intense, éviter toute activité sur des échelles ou des échafaudages, l'alternance répétée de la position accroupie, à genoux, allongée à la position debout, le port de charges supérieures à 10 kg et tout travail au-dessus des pectoraux ainsi qu'avoir un accès facile à des toilettes proches (AI pce 106 pp. 8 et 10). S'agissant de sa personnalité, les experts rapportent que l'intéressée dénie ses troubles psychiques, lesquels sont mis entièrement sur le compte de ses problèmes somatiques, toutefois son sens des réalités et sa capacité de jugement sont conservés, tant que cela ne concerne pas ses troubles psychiques. Sa capacité relationnelle et celle à nouer des contacts sont superficiellement conservées mais toute proximité affective réelle réveille une forte anxiété qu'elle a médié à l'époque par l'obésité et l'éloignement de ses origines mais ces stratégies ont été mises en échec par la chirurgie bariatrique et la procréation médicalement assistée, par laquelle elle est tombée enceinte et a donné naissance à son fils en (...) 2018. Il est également précisé que la gestion des affects agressifs semble problématique chez l'assurée qui craint sans cesse d'exposer les autres à ses problèmes digestifs. L'intéressée contrôle ses impulsions bien qu'elle

soit paralysée par la crainte de ne pas en être capable. Il est en outre rapporté que son estime de soi est superficiellement conservée mais au prix d'effort d'adaptation à un idéal social et familial très coûteux à atteindre et auquel l'intéressée ne peut pas renoncer. Enfin, le système de défense de l'assurée est considéré comme étant immature et très coûteux en termes d'énergie alors que son intentionnalité et son dynamisme sont conservés (AI pce 106 p. 8).

8.1.5 Sur le plan somatique, le Dr Q. _____ a retenu les diagnostics de dumping syndrome post by-pass, posé en 2010, associé à des troubles, apparus trois ans après, d'hypoglycémies réactionnelles plus tardives, d'hypotension artérielle et d'intolérance aux glucides et aux repas riches en graisses et de troubles fonctionnels intestinaux, depuis l'adolescence, accentués depuis la pose du by-pass. Quant au déroulement de l'entretien, le Dr Q. _____ a indiqué que l'intéressée est restée assise pendant tout l'entretien et allongée quinze minutes, était calme – le faciès détendu –, et n'a pas demandé à se lever, ni à se rendre aux toilettes. S'agissant des plaintes de la recourante, l'expert en médecine interne a rapporté qu'elle souffre des lipothymies matinales et postprandiales en particulier, se manifestant par des vertiges, des diarrhées, des nausées, des palpitations et des sueurs, lesquelles ont débuté trois ans après le by-pass et survenaient une fois tous les deux jours avec des hypotensions artérielles. Etant au bénéfice d'un traitement sous Acarbose, la recourante souffre actuellement d'une à deux lipothymies matinales par semaine, d'une durée de 15 à 30 minutes maximum, avec la nécessité de rester allongée. Le Dr Q. _____ note que l'intéressée a quelques vertiges lors d'une activité sportive et qu'elle est actuellement mieux dans sa peau. La recourante se plaint également des hypoglycémies dans l'après-midi, en raison d'effets secondaires de son médicament Acarbose, se manifestant par des vertiges avec pâleur, des nausées, vomissements et une envie de dormir, dont leur durée est située entre 20 et 30 minutes. Lors de l'apparition de ces hypoglycémies à la maison, la recourante consomme du coca zéro et de l'emmental, prend de l'air frais en ouvrant les fenêtres et s'allonge entre 15 à 30 minutes. Cependant sur son lieu de travail, l'intéressée ne s'allonge qu'occasionnellement, cela la mettant mal à l'aise vis-à-vis de ses collègues, elle prend du coca frais à la cafétéria et reste à son poste de travail, pendant ces 30 minutes, son rendement étant proche de zéro. En ce qui concerne les troubles digestifs (des gaz odorants et des douleurs spastiques épigastriques suivies de diarrhées, tous les jours, le matin et l'après-midi ou le soir), présents depuis l'adolescence mais accentués après le by-pass, la recourante reste souvent aux toilettes de 20 à 30 minutes. Selon l'intéressée, son médecin spécialiste relie ses troubles au

by-pass et propose comme alternative un by-pass inverse, ce que l'intéressée refuse par peur de redevenir obèse avec tous les soucis de santé du passé. Le dernier examen des selles de la recourante a montré des difficultés d'absorption des graisses et une pullulation microbienne pour laquelle elle commencera un traitement sous Ciprofloxacine 500 mg. En outre, une coloscopie est prévue pour juillet 2019. Par ailleurs, le Dr Q. _____ a rapporté que l'intéressée souffrait, auparavant, beaucoup d'asthénie, de pleurs intenses associés à des vertiges, liés à des carences en ferritinémie et en vitamine B12, aussi en lien avec des troubles psychiatriques et du sommeil. S'agissant de ces carences, la recourante a bénéficié dans un premier temps de traitements par voie orale mais en l'absence de résultat concluant, des perfusions de fer et des injections de la vitamine B12 se sont rapidement mises en place dont les fréquences ont été adaptées selon les analyses biologiques. Selon les derniers bilans sanguins mensuels réalisés en mars et avril 2019, la ferritinémie et la vitamine B12 sont normalisées. Au niveau de la symptomatologie, l'asthénie persiste avec de légères variations cycliques de son humeur en relation avec les perfusions qui sont très efficaces pendant deux à trois semaines et les pleurs ont disparus. Enfin, la recourante a indiqué ne pas souffrir d'autres symptômes ou gênes la limitant dans son activité professionnelle (AI pce 106 pp. 14-15).

A l'examen clinique, l'expert décrit les divers examens réalisés, tels que sur les plans métabolique, dermatologique, ORL, neurovégétatif, pneumologique, neurologique, comme étant dans les normes. Il a constaté qu'au niveau de l'épaule droite, l'élévation latérale est limitée à 85° et la rétropulsion à 20°, depuis douze mois, à la suite d'une tendinite et contracture du deltoïde. L'expert en médecine interne a relevé que l'examen abdomino-pelvien ne mettait pas en évidence de déficit et de limitation fonctionnelle et que l'examen cardio-vasculaire confirmait une hypotension artérielle légère, sans vertige aux déplacements. En ce qui concerne les carences en ferritinémie et vitamine B12, débutées trois ans après le by-pass et traitées par des perfusions de fer et des injections de vitamine B12, le Dr Q. _____ a rapporté que ces carences avaient participé à l'asthénie, aux vertiges et aux troubles psychiques, en particulier les pleurs, de la recourante mais qu'elles étaient normalisées depuis plusieurs mois. L'examen neurologique central et périphérique était dans les normes au jour de l'examen clinique, et aucun déficit n'avait été observé. L'expert considère que les diagnostics suivants sont sans influence essentielle sur la capacité de travail : le syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil, diagnostiqué en 2009, l'eczéma des conduits auditifs, la déviation de la cloison nasale avec une ronchopathie, le

syndrome des ovaires polykystiques, depuis l'adolescence, une myopie légère, quatre caries sur les quatre dernières molaires, depuis l'été 2017 et l'allergie à la carapace des crevettes (AI pce 106 pp. 22-25).

En ce qui concerne le déroulement d'une journée type et les loisirs de la recourante, le Dr Q._____ relève en substance que la recourante ne peut plus passer l'aspirateur en raison des vertiges, qu'elle sollicite l'aide son mari ou de sa voisine pour laver et repasser les habits dès lors qu'elle ne tolère pas la station debout prolongée, que son mari l'accompagne pour donner le bain à leur fils et lors de courses quotidiennes avec charges lourdes et que son mari sort les déchets. Les autres tâches ménagères sont effectuées par la recourante. En outre, l'intéressée n'est pas limitée dans l'organisation de ses loisirs dès lors qu'elle continue son activité de bénévolat administratif pour les associations et les jeux de société, dite activité est réalisée à la maison sur un ordinateur.

Concernant l'amélioration des troubles de l'intéressée en comparaison aux évaluations antérieures, le Dr Q._____ a noté que s'agissant des troubles digestifs, des lipothymies et des carences en ferritinémie et en vitamine B12, la situation s'est améliorée avec une prise en charge de son alimentation, de son intolérance aux glucides, des supplémentations régulières ainsi qu'un suivi biologique régulier. Par ailleurs, l'expert en médecine interne a indiqué que les troubles gastriques, apparus trois ans après le by-pass, n'étaient incapacitants que de manière transitoire (AI pce 106 pp. 25-26). Le Dr Q._____ a également précisé que les troubles gastriques peuvent être améliorés par un suivi régulier d'une diététicienne, non effectué en raison de difficultés financières. S'agissant de l'hypotension artérielle, l'expert a conseillé le port diurne et quotidien de bas de compression veineuse et une hydratation régulière ainsi que la possibilité d'utiliser un anti-hypotenseur sympathomimétique.

Enfin, le Dr Q._____ conclut que la recourante a la pleine capacité de travail, dès juin 2018, dans son activité habituelle ou une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles retenues relatives au dumping syndrome et ses complications ainsi qu'à l'hypotension artérielle, aux troubles digestifs et de l'épaule droite (AI pce 106 pp. 28-29).

8.1.6 S'agissant des diagnostics somatiques, il sied de constater que le Dr Q._____ disposait du dossier médical complet de la recourante, notamment de nombreux rapports médicaux établis par la Dre F._____, spécialiste en gastroentérologie, et les rapports des dernières imageries médicales. L'expert a procédé à des examens poussés dans sa

compétence médicale, relevé les troubles dont souffrait l'intéressée, l'a interrogée sur d'autres atteintes à la santé et a constaté, du point de vue de la médecine interne, que l'intéressée présentait des limitations légères et transitoires uniformes dans les différents domaines d'activités en relation avec les atteintes à la santé. Concernant les carences en fer et en vitamine, entretenant l'asthénie, le Dr Q. _____ n'a pas effectué de prise de sang au jour de l'examen mais s'est référé à la documentation médicale produite par l'OAI-B. _____ et a relevé que les carences s'étaient normalisées en raison des suppléments réguliers et du suivi biologique régulier effectués par la Dre F. _____ (AI pce 106 pp. 25-26, 55, 73-74, 76, 78, 79). S'agissant des troubles relatifs à la gastroentérologie, l'expert a effectué uniquement un examen abdomino-pelvien, lequel ne mettait en évidence aucun déficit ni aucune limitation fonctionnelle. A cet égard, la Dre F. _____ a effectué une endoscopie haute le 10 décembre 2018 dont le résultat de l'examen était normal ainsi que les résultats des biopsies des anses jéjunales (AI pce 96 p. 1-2 et pce 106 p. 74). En outre, le 14 janvier 2019, le Dr V. _____ (ci-après : Dr V. _____), médecin de spécialisation inconnue, a effectué un examen du transit oeso-gastro-duodéal (TOGD) à la baryte fluide et a conclu à la bonne descente du produit de contraste et à l'absence de sténose anastomotique du by-pass (AI pce 106 p. 75), le résultat de cet examen semble également avoir été vu par le Dr R. _____, chirurgien général, digestif et coelioscopique, en février 2019 (AI pce 106 p. 76-77). L'unique rapport médical, du 11 février 2019, du Dr R. _____ mentionne seulement que les carences et le dumping syndrome sont indiscutablement liés au by-pass, entraînant un certain degré d'invalidité pour l'intéressée qui est incapable de travailler à plus de 50% (AI pce 106 p. 78). Par ailleurs, il sied de relever que tous les médecins spécialistes consultés par la recourante ainsi que le Dr Q. _____ s'accordent à dire que la recourante souffre du dumping syndrome post by-pass et préconisent un suivi régulier sur le plan biologique et de la diététique. S'agissant de l'hypotension artérielle, le Dr Q. _____ conseille également le port de bas de compression veineuse, une hydratation régulière et la prise d'anti-hypotenseur sympathomimétique.

Compte tenu de ce qui précède, le Dr Q. _____, étant en possession du dossier médical complet de l'assurée, avait les qualifications professionnelles nécessaires, en sa qualité de médecin praticien FMH en médecine générale, pour se prononcer sur l'état de santé de la recourante. Par ailleurs, l'intéressée, ou la Dre F. _____, ne met en évidence aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par l'expert en médecine générale et serait suffisamment pertinents pour remettre en

cause ses conclusions. En effet, la simple allégation, selon laquelle une expertise en gastroentérologie paraît indispensable pour une décision juste et fondée, n'est pas suffisante pour remettre en cause la valeur probante de l'expertise médicale. Ainsi, compte tenu de tous les examens effectués depuis 2017 par la Dre F._____, spécialiste en gastroentérologie, les diagnostics déjà posés et confirmés par tous les spécialistes consultés par la recourante et dans la mesure où le Dr Q._____ s'est prononcé sur tous les diagnostics et les points litigieux posés par les médecins traitants, il sied de retenir que le rapport d'expertise du 13 septembre 2019 permet d'apprécier de manière convaincante les atteintes à la santé de la recourante ainsi que ses conséquences sur la capacité de travail de l'intéressée et que la nécessité de procéder à une expertise médicale en gastroentérologie n'est pas prouvée à satisfaction.

8.1.7 S'agissant des diagnostics somatiques, le Tribunal constate par conséquent que l'expertise bidisciplinaire a pleine valeur probante, les conclusions de l'expert devant être considérées comme dûment motivées et leurs appréciations ne contiennent pas de contradictions.

8.1.8 Sur le plan psychiatrique, la Dre P._____ a diagnostiqué une personnalité évitante (F60.6) sans incidence sur la capacité de travail (AI pce 106 p. 40). A l'examen, l'experte rapporte que la recourante est orientée, paraît précise et fiable dans son travail et que sa mémoire, sa concentration et son intelligence sont cliniquement normales. Elle note également que l'intéressée n'a pas de difficultés à parler d'elle-même et ne semble pas faire une discrimination claire entre ses séances thérapeutiques et le rendez-vous d'expertise, en partant notamment du principe que l'expert a la même opinion qu'elle sur la manière dont elle considère ce qui lui arrive et qu'il n'y en aurait pas d'autres. L'experte rapporte qu'il n'y a pas de souplesse dans la manière de la recourante de considérer son passé et les différentes décisions prises et que l'intéressée considère notamment qu'une aide lui est due au regard de ses souffrances infantiles (AI pce 106 pp. 39-40). S'agissant du suivi psychiatrique, la Dre P._____ constate qu'avant sa grossesse, la recourante prenait des somnifères (Zolpidem 10 mg) et des antidépresseurs (Sertraline 50 mg) et que, par peur de ne pas entendre son fils, né en (...) 2018, l'intéressée ne veut pas reprendre des somnifères et, a uniquement repris la médication de Sertraline 50 mg, le soir, depuis deux mois (AI pce 106 p. 39). L'intéressée est suivie sur le plan psychiatrique par la Dre X._____ à raison de 30 minutes tous les quinze jours. Ainsi, l'experte déclare que l'évaluation d'une incapacité de travail à 50% sur le plan psychiatrique selon le rapport médical du 6 avril 2017 de la Dre X._____ n'est pas

compréhensible dans le contexte d'une dysthymie, dès lors qu'ayant repris sa médication de Sertraline 50 mg, l'intéressée ne souffre plus de symptômes dysthymiques (AI pce 106 p. 41). En outre, l'experte précise que la recourante présente des conduites évitantes et phobiques rationalisées par l'évocation de ses troubles digestifs et qui sont encore accrues depuis qu'elle est devenue mère en janvier 2018 (AI pce 106 p. 5) et bien que, présentant quelques symptômes anankastiques – tels que le lavage compulsif des mains et la méticulosité – la dimension phobique de ses troubles est considérée au premier plan (AI pce 106 p. 41). La Dre P._____ considère que les troubles présentés comportent une dimension de gravité car ils pèsent sur la relation mère-enfant qui implique, à l'âge du fils de la recourante, une proximité qu'elle ne semble pas pouvoir gérer, s'appuyant beaucoup sur son mari pour s'occuper de leur enfant durant la journée mais se levant encore la nuit alors que l'enfant a quinze mois. Cependant, ces troubles n'interfèrent pas sur la capacité de travail de l'intéressée (AI pce 106 p. 41).

S'agissant du contexte social et de ressources personnelles, l'experte a décrit au moyen de l'anamnèse familiale, personnelle et psychosociale de la recourante que cette dernière a été élevée dans un contexte sectaire replié sur lui-même, a rompu définitivement avec sa famille à l'âge de 30 ans, a subi une opération de by-pass gastrique et a changé de nom de famille. La Dre P._____ mentionne que les troubles apparus après la pose du by-pass, nécessitant selon l'intéressée le besoin de se coucher et de passer de longues heures aux toilettes et paraissant avoir une origine somatique, semblent également faire écran à des difficultés phobiques de plus en plus grandes chez la recourante, qui a une histoire de ruptures à répétition et qui, depuis 2018, est mère d'un enfant qui exige d'elle une proximité qu'elle ne semble en mesure de tolérer qu'avec grandes difficultés, s'enfermant aux toilettes pendant plusieurs heures par jour, ne fréquentant de ce fait ni collègue, ni famille, ne pouvant prendre de repas avec personne si ce n'est avec son mari et deux amies très proches. L'experte relève alors plusieurs critères diagnostics de la personnalité anxieuse, tels qu'un sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension, une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité, un évitement des activités sociales et professionnelles impliquant des contacts importants avec autrui de peur d'être critiquée, désavouée ou rejetée. Cependant, elle constate que l'intéressée dénie ce trouble, lequel est mis exclusivement sur le compte des problèmes digestifs et relève chez l'intéressée le clivage de la pensée, dès lors qu'elle envisage d'avoir rapidement une nouvelle grossesse tout en se décrivant à bout de ressources financières et de l'énergie, notamment en raison de son

mauvais sommeil (AI pce 106 pp. 40-41). En ce qui concerne l'activité professionnelle, la recourante travaille, depuis février 2019, à raison de 70% à son poste habituel (AI pce 106 p. 35). S'agissant des options thérapeutiques envisageables, l'experte déclare qu'il n'en existe pas et que l'intéressée, souffrant d'un trouble chronique, ne semble pas sensible aux mesures de psychothérapie qui lui sont proposées depuis plusieurs années. Elle rapporte qu'une partie des troubles de la recourante semble d'origine iatrogène et, sur le plan psychiatrique, il semblerait important que ses médecins traitants puissent désormais se montrer très rassurants et non-invasifs à son égard (AI pce 106 p. 43). Enfin, l'experte retient sur le plan psychiatrique qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle et que la recourante a toujours eu une capacité de travail complète à 100%, ses difficultés ayant un retentissement dans sa sphère privée et non professionnelle (AI pce 106 pp. 8, 10 et 44).

8.1.9 Conformément à la jurisprudence de la Haute Cour, il y a lieu de relever que selon l'ATF 143 V 418 consid. 6 ss, en règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire d'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est l'existence d'un diagnostic émanant d'un médecin psychiatre s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM-10 ou le DSM (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections retenues, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, base de l'analyse (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe. Toutefois, une telle évaluation est superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes (ATF 125 V 351) et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 in fine ; 143 V 409 consid. 4.5 et 5.1).

En l'espèce, à l'issue de son examen, la Dre P._____ a retenu que la dysthymie n'avait pas de répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée et qu'ayant repris sa médication, elle ne présentait pas de symptômes dysthymiques. L'experte n'a pas non plus retenu l'existence de graves troubles de la personnalité ou d'autres affections psychiques accompagnant la dysthymie ; elle a diagnostiqué une personnalité

anxieuse évitante et relevé quelques traits de la personnalité anankastique. Par ailleurs, il ressort également du rapport d'expertise que la recourante ne se plaint pas de troubles psychiatriques l'incapacitant dans son activité quotidienne ou professionnelle. Partant, l'examen psychiatrique du 20 mai 2019 de la Dre P. _____ (rapport d'expertise du 13 septembre 2019) constate, d'une manière fondée et motivée, l'absence d'une psychopathologie incapacitante, et l'on peut en l'espèce renoncer à évaluer la capacité de travail de la recourante dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée, au moyen du catalogue d'indicateurs.

8.1.10 Dès lors, il sied d'accorder une pleine valeur probante au volet psychiatrique du rapport d'expertise.

8.2 Les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 13 septembre 2019 sont confirmées par la Dre K. _____, médecin généraliste et du SMR, le 17 octobre 2019. La Dre K. _____ a retenu une capacité de travail à plein temps dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée à compter du mois de juin 2018 en raison de la bonne correction du fer et des vitamines par la substitution mensuelle sous forme d'une perfusion permettant une amélioration au niveau de l'asthénie (AI pce 111).

8.3

8.3.1 S'agissant des rapports des médecins traitants, datant des 11 juin, 9 et 16 août 2019 ainsi que des 4 et 5 mai 2020, de la recourante, il convient de relever que ces rapports ne se prononcent pas sur les limitations fonctionnelles ni sur les conclusions médicales des auteurs du rapport médical de l'expertise du 13 septembre 2019. En effet, ces rapports médicaux mentionnent en substance les troubles dont souffre la recourante ainsi que ses traitements médicaux, étant précisé que ces troubles, connus des experts du rapport d'expertise, ont fait l'objet d'une discussion et d'une analyse par ces derniers. Hormis la seconde grossesse de la recourante, ces rapports médicaux ne rapportent pas de nouvel élément médical. Ainsi, les rapports des médecins traitants de la recourante ne peuvent pas se voir accorder pleine valeur probante et ne sauraient remettre en cause le bien-fondé des conclusions retenues dans le rapport d'expertise.

8.3.2 Lorsqu'une appréciation médicale repose sur une évaluation médicale complète, telle qu'en l'espèce, il appartient à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation de l'expert, de faire état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise

et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet (arrêt du TF 9C_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1).

Dans le cadre de son recours, la recourante a notamment produit les résultats de la biologie médicale du 10 juin 2020 et un rapport médical de la Dre F. _____ du 23 février 2021 ainsi qu'un certificat médical du 22 février 2021 établi par W. _____, psychanalyste et thérapeute de couple. S'agissant des objections de la recourante, elle conteste en substance que son état de santé ne s'est pas amélioré dans la mesure où les améliorations apportées par le traitement Acarbose sont partielles s'agissant des malaises matinaux et les carences vitaminiques sont toujours présentes. En outre, elle reproche à l'autorité inférieure de ne pas avoir pris en compte les avis médicaux de ses divers médecins traitants, d'après lesquels l'intéressée est en incapacité de travail de 100% (TAF pce 1).

Du rapport du 23 février 2021 de la Dre F. _____, il ressort en substance que la recourante souffre des carences vitaminiques multiples et sévères, d'une stéatorrhée, d'une pullulation microbienne et des malaises postprandiaux invalidants en lien avec des hypoglycémies de type dumping syndrome, améliorées très partiellement par un traitement sous Acarbose, que l'état de santé de la recourante nécessite un suivi spécialisé endocrinologique, nutritionnel, gastroentérologique régulier et d'apport parentéral régulier en service ambulatoire sur le plan vitaminique et que la situation médicale est chronicisée. Elle indique aussi qu'en présence de cette situation complexe, une évaluation d'expertise en gastroentérologie paraît justifiée (TAF pce 12).

S'agissant de l'évolution des carences vitaminiques, il ressort du rapport médical de la Dre F. _____ du 31 janvier 2019 que la ferritinémie et la vitamine B12 sont dans les normes et selon le rapport médical du 14 mars 2019, la biologie est très satisfaisante. Le rapport médical du 11 juin 2019 de la Dre F. _____ indique une diminution de la ferritinémie et une carence en folates et en vitamine B12 et la reprise des perfusions de Venofer, de Nutryelt et de Cernevit (AI pce 109 p. 4). Les résultats de la biologie médicale du 10 juin 2020 en comparaison aux valeurs de références indiquées mettent en évidence des légères carences en fer et vitamine B12. Dans cette constellation, il est difficile de comprendre pour quelle raison la Dre F. _____ souligne la sévérité des carences vitaminiques dans son rapport médical du 23 février 2021. En outre, ce

rapport médical ne contient aucune donnée d'analyse sanguine objectivant la sévérité des carences vitaminiques alléguée.

S'agissant du dumping syndrome et des troubles associés, dans le rapport médical du 31 janvier 2019, la Dre F. _____ relève que le traitement par Acarbose semble être une très bonne piste, tout en signalant le manque de recul, et rapporte que les malaises sont moins nombreux et moins importants (AI pce 106 p. 76). Selon le rapport médical de la Dre F. _____ des 14 mars et 16 août 2019, cette dernière mentionne une amélioration significative mais non totale des malaises sous Acarbose (AI pce 106 p. 78 et pce 109 p. 3). Ces améliorations sont également confirmées par la recourante dans ses échanges de courriels avec ses médecins traitants (AI pce 106 pp. 82, 84 et 89) et lors de l'expertise où il est indiqué qu'elle souffre d'une à deux lipothymies par semaine, d'une durée de 15 à 30 minutes maximum, avec notamment la nécessité de rester allongée (AI pce 106 p. 15). En vue d'une amélioration des malaises liés au dumping syndrome, il sied en outre de mentionner que tant le Dr Q. _____ que les médecins traitants de la recourante ont préconisé la nécessité d'un suivi régulier par une diététicienne pour une adaptation de son alimentation, un tel suivi n'a pas été entrepris par la recourante en raison de difficultés financières. Partant, il sied de constater que les troubles relatifs au dumping syndrome se sont partiellement améliorés sous le traitement suivi par la recourante. En ce qui concerne la stéatorrhée et de la pullulation microbienne, la recourante a indiqué que les deux traitements sous antibiotiques n'avaient pas eu de succès mais que les désagréments étaient atténués avec le traitement médicamenteux Créon 25000U (TAF pce 12).

Compte tenu de ce qui précède, les reproches de la recourante à l'égard du rapport d'expertise (volets somatique et psychiatrique) ainsi que l'instruction effectuée par l'OAI-B. _____ ne sont pas pertinents. En effet, la recourante soulève tout au long de la procédure que ses atteintes à la santé sont apparues après la pose du by-pass, qu'elles sont liées au by-pass et que son état de santé ne s'est pas amélioré. A cet égard, il convient de relever que les auteurs du rapport d'expertise ont pris en compte dans leur appréciation médicale des plaintes de la recourante relatives à ses troubles post by-pass, ont examiné son dossier médical et sont arrivés à la conclusion que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail et que son état de santé s'est amélioré. Malgré ses contestations, il ressort clairement des rapports médicaux de la Dre F. _____ que l'état de santé de la recourante s'était amélioré en 2018 grâce au suivi sur le plan biologique ainsi que le traitement sous Acarbose débuté plus tard. En effet,

la Dre F. _____ rapporte dès janvier 2019 que les analyses du laboratoire sont satisfaisantes et que les perfusions ont même été arrêtées dès mi-décembre 2018 (AI pce 106 p. 76). Dès lors, contrairement aux allégations de la recourante, il ne s'agit nullement d'une erreur lorsque le Dr Q. _____ soutient que les carences vitaminiques de la recourante ne sont plus d'actualité. Il en va de même du traitement par Acarbose qui a nettement diminué les malaises matinaux dont la recourante se plaint même s'il y a des effets indésirables socialement ou d'hypoglycémies dans l'après-midi, que l'intéressée a qualifiées de surmontables avec du repos. En outre, contrairement aux allégations de l'assurée, les experts ont bien pris en compte les effets limités du traitement dès lors qu'aux termes de limitations fonctionnelles relatives au dumping syndrome, ses complications et à l'hypotension artérielle, ils ont retenu que la recourante devait avoir la possibilité de s'allonger et de se reposer en surélevant les jambes, pendant 15 à 30 minutes, en cas de crise hypotensive modérée ou intense. S'agissant des allégations de la recourante, selon lesquelles aucun employeur ne l'engagerait en raison du besoin de repos en cas de malaises ou des absences pour les soins, elles ne sont pas avérées. En effet, compte tenu de la fréquence de ses malaises et de ses soins ainsi que de son expérience professionnelle, l'intéressée peut facilement trouver un emploi adéquat sur le marché du travail. Par conséquent, le Tribunal relève que la recourante échoue à prouver l'absence d'amélioration de son état de santé. En d'autres termes, aucun document médical versé au dossier par l'intéressée n'est susceptible de remettre en cause la valeur probante des conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 13 septembre 2019.

8.3.3 Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que les auteurs du rapport d'expertise ont retenu que la situation médicale de la recourante s'est améliorée.

8.4 Par conséquent, le Tribunal constate que le rapport d'expertise du 13 septembre 2019 est conforme aux réquisits jurisprudentiels et doit, partant, se voir attribuer pleine valeur probante. Il n'existe aucun motif permettant de douter du bien-fondé et de s'écarter des motivations et conclusions retenues dans ledit rapport d'expertise. Ainsi, la recourante présente une capacité de travail entière dans toute activité confondue dès le 1^{er} juin 2018.

Le Tribunal a en outre eu la possibilité de se convaincre que les faits mis en évidence par l'instruction menée par l'autorité inférieure présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures

probatoires ne pourront plus modifier son appréciation. La requête de la recourante visant à faire compléter l'instruction par une nouvelle expertise comprenant en particulier un expert en gastroentérologie est rejetée par appréciation anticipée des preuves (UELI KIESER, ATSG Kommentar, 3^e éd., 2015, art. 42 LPGA n°30 ; ATF 122 II 464 consid. 4a).

8.5 Compte tenu de tout ce qui précède, c'est à juste titre que l'autorité inférieure a supprimée la demi-rente d'invalidité de la recourante dès le 1^{er} septembre 2018 en considérant que la recourante avait récupéré une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du 1^{er} juin 2018. Pour le surplus, c'est également à juste titre que l'autorité inférieure a octroyé à la recourante une demi-rente temporaire pour la période du 1^{er} août 2017 au 31 août 2018.

Partant, le recours doit être rejeté et la décision du 24 juin 2020 de l'OAIE confirmée.

9.

La recourante, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à 800 francs (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1^{bis} et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée dans le cadre de la présente procédure (TAF pce 3).

Vu l'issue du litige, la recourante n'a pas droit aux dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 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]). En vertu de l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure n'a pas droit aux dépens.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de 800 francs sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance sur les frais, d'un même montant, versée en cause le 30 septembre 2020.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

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

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Müjde Atak

Indication des voies de droit :

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

Expédition :