

BVGer C-4891/2017 vom 27. Mai 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-05-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4891_2017

FR: TAF C-4891/2017 du 27 mai 2021

IT: TAF C-4891/2017 del 27 maggio 2021

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

E. 1.2

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions, au sens de l'art. 5 PA, prises par l'OAIE. En vertu de l'art. 40 al. 2 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. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontrière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. En revanche, c'est l'OAIE qui notifie les décisions (art. 40 al. 2 dernière phrase RAI).

E. 1.3

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

E. 1.4

En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et

art. 69 al. 1 let. b LAI) par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA) qui a effectué le paiement de l'avance de frais dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA), le recours du 31 août 2017 est recevable quant à la forme. Compte tenu du fait que la recourante a son domicile en France voisine et travaillait en Suisse jusqu'au 20 juin 2014, date à partir de laquelle elle n'a plus repris d'activité professionnelle (cf. AI pce 10 p. 2), elle doit être qualifiée de frontalière si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations AI a été menée par l'OAI-C. _____ et la décision du 28 juin 2017 notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 RAI ; cf. AI pces 1 ss ; 53).

E. 2.1

Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante franco-britannique, vivant en France - Etat membre de l'Union européenne (UE) - a été assurée en Suisse de nombreuses années en y ayant travaillé comme frontalière (cf. AI pces 2 ; 3 ; 7). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le 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 que le 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 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). A compter du 1er janvier 2015 sont par ailleurs applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Cela étant, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont de règle générale déterminées exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

E. 2.2

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2).

E. 2.3

Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait jusqu'au jour de la décision litigieuse, soit le 28 juin 2017. Les éléments de fait postérieurs à la date de la décision litigieuse ne sont pris en considération que s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de fait antérieur à la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 24 février 2014 consid. 3.1).

E. 3.1

Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, la procédure devant les autorités administratives fédérales et le tribunal administratif fédéral, 2013, p. 105 n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n° 1.55).

E. 3.2

En l'espèce, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 28 juin 2017 par laquelle l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité du 6 août 2014 au motif que l'intéressée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'art. 4 LAI (cf. AI pce 53).

E. 4.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît notamment dès que l'assuré présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 29 al. 1 LAI 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. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 4.2

En l'espèce, la recourante a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 août 2014 (cf. supra let. B.a), si bien que le Tribunal doit examiner si la recourante avait droit à une rente le 1er février 2015 (soit six mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 28 juin 2017, date de la décision attaquée.

E. 5.1

Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement, lors de la survenance de l'invalidité, les conditions suivantes : - être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et - avoir compté au moins trois années de cotisations à l'AVS/AI (art. 36 LAI).

E. 5.2

En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse à partir de janvier 1995 pour une durée dépassant nettement les trois années minimales de cotisations requises (cf.

AI pce 7). Partant, elle remplit la condition relative à la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si elle est invalide au sens de la loi.

E. 6.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 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 hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré 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 des deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004).

E. 6.2

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. 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 de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

E. 6.3.1

S'agissant en particulier des troubles somatoformes douloureux persistants, ou des troubles psychosomatiques semblables tels que la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêt du TF 9C_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5 ; cf. aussi Peter Henningsen, *Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen*, SZS 2014 p. 12, selon lequel le diagnostic de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux dépend en large mesure du médecin qui le pose : un médecin rhumatologue diagnostique en règle générale une fibromyalgie alors qu'un médecin psychiatre plutôt un trouble somatoforme douloureux), le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée, *lege artis*, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; arrêts du TF 9C_899/2014 consid. 3.1 et 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1.1).

E. 6.3.2

Les experts doivent ainsi motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit suisse puisse comprendre si les critères d'un système de classification reconnu (par exemple la CIM-10) sont effectivement remplis. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et les références citées ; arrêt du TF 9C_862/2014 du 17 septembre 2015 consid. 3.2).

E. 6.3.3

Une fois que le diagnostic de fibromyalgie a été posé lege artis conformément aux règles précitées (cf. supra consid. 6.3.1 et 6.3.2), il convient de déterminer si dit diagnostic résiste aux motifs d'exclusion décrits à l'ATF 131 V 49 et repris à l'ATF 141 V 281. Ce n'est en effet que si ces motifs d'exclusion ne sont pas réalisés que le diagnostic de fibromyalgie conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance invalidité (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêts du TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2 et 9C_173/2015 du 29 juin 2015 consid. 4.1.2).

E. 6.3.4

Lorsque le diagnostic de fibromyalgie a été dûment posé et qu'aucune des limitations mentionnées par la jurisprudence n'est réalisée, il convient de déterminer si le trouble constaté est invalidant ou non et, dans l'affirmative, d'en évaluer le degré (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail exigible des assurés souffrant d'une telle atteinte psychosomatique doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative (indicateurs standards), permettant de mettre en lumière des facteurs d'incapacités d'une part et les ressources de l'assuré d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6 ; arrêts du TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et les références citées ; 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les références citées).

E. 6.3.5

Durant la présente procédure de recours, le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion en novembre 2017 que l'approche développée pour clarifier le droit à une rente d'invalidité en cas de fibromyalgie devait s'appliquer également à toutes les affections d'ordre psychique, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409 ; 143 V 418).

E. 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. À 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.

E. 7.2

Dans le cadre d'un recours, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4).

E. 7.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

E. 7.3.1

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, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TFA I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

E. 7.3.2

Les SMR peuvent procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne assurée ; ils consignent les résultats de ces examens par écrit (art. 49 al. 2 RAI). Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR sont comparables aux expertises médicales indépendantes, réalisées par un expert externe à l'assureur, et peuvent avoir même valeur probante s'ils répondent aux exigences matérielles et formelles requises par la jurisprudence en la matière (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3) et si le médecin du SMR ayant réalisé l'examen sur la personne dispose, comme tout expert, des compétences professionnelles nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1).

E. 7.3.3

S'agissant des rapports du SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci 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 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, p. 799 n°

2920 ss).

E. 7.3.4

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du TF 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

E. 7.4

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 ; 135 V 39 consid. 6.1 ; 121 V 45 consid. 2a).

E. 8.1

En l'occurrence, pour fonder sa décision du 28 juin 2017, l'OAIE se repose largement sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué sur la personne de l'assurée par les Drs D. _____ et E. _____ du SMR le 2 février 2017, portant la date du 14 mars 2017 (cf. supra let. B.b et AI pce 38), qui constitue un rapport médical du SMR au sens de l'art. 49 al. 2 RAI (cf. supra consid. 7.3.2). De plus, il se fonde sur le rapport médical subséquent de la Dresse H. _____ (cf. supra let. B.c et AI pce 42), qui constitue un rapport médical sur dossier du SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI (cf. supra consid. 7.3.3). Ainsi, il s'agit d'examiner la valeur probante de ces documents médicaux, à savoir s'ils répondent aux exigences jurisprudentielles.

E. 8.2

Dans ses écritures (cf. TAF pce 1 ; 8 ; 18 ; supra consid. C.a ; C.d ; C.g), l'intéressée conteste la valeur probante de l'ensemble desdits rapports médicaux établis par les Drs D. _____, E. _____ et H. _____ du SMR.

E. 8.2.1

En premier lieu, s'appuyant sur les conclusions rhumatologiques du Prof K. _____ du 24 août 2017, elle a invoqué que, contrairement aux conclusions du Dr D. _____ du SMR qui avait nié chez elle le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, elle souffrait bel et bien de cette atteinte invalidante (cf. TAF pce 1 p. 4 ss). Elle estime ainsi que ledit expert rhumatologue du SMR minimisait systématiquement tous les arguments médicaux en faveur du diagnostic de spondylarthrite ankylosante et qu'il n'avait pas suffisamment motivé les raisons pour lesquelles il n'avait pas retenu ledit diagnostic alors qu'elle avait décrit des symptômes compatibles avec cette atteinte et que le Dr D. _____ avait admis que son examen n'avait pas permis de mettre en évidence des critères clairs d'exclusion tels qu'une exagération volontaire des symptômes (cf. TAF pce 1 p. 4 ch. 10 let. b). Puis, se basant sur les rapports médicaux de la Dresse F. _____ des 13 janvier 2014, 25 juin 2015 et 5 février

2016 (cf. AI pces 34 p. 18 ; 39 p. 12 ; 34 p. 10), elle a fait valoir que contrairement aux allégations du rhumatologue du SMR, les rapports médicaux de sa rhumatologue traitante comportaient un examen clinique mettant en évidence une limitation de la mobilité du rachis, soit des sacro-iliaques et un rachis lombaire douloureux à la palpation, voire une raideur à ce niveau (cf. TAF pce 1 p. 4 ch. 10 let. d). De plus, elle a invoqué qu'alors que l'expert rhumatologue du SMR ne retenait pas d'anamnèse familiale pouvant rendre le diagnostic d'une spondylarthrite plausible, le Prof K. _____ décrivait notamment que sa mère était décédée d'une fibrose pulmonaire avec arthrites, que son arrière-grand-mère maternelle avait souffert d'arthrite très sévère et que son frère avait des problèmes de sarcoïdose (cf. TAF pce 1 p. 5 ch. 13). En outre, elle a soulevé que contrairement aux allégations du Dr D. _____, la prise de contraste au niveau des sacro-iliaques, qui était pertinente pour le diagnostic d'une spondylarthrite ankylosante et qui était mentionnée à l'IRM du 28 octobre 2013 (cf. AI pce 34 p. 12), restait présente à l'IRM du 14 février 2014 (cf. AI pce 34 p. 20).

E. 8.2.2

En deuxième lieu, elle s'est plainte du fait que le rapport d'examen radiologique de la colonne lombaire du 7 février 2017 établi par le Dr M. _____ (cf. AI pce 39 p. 2 s.), effectué dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire, concluait à des troubles dégénératifs sévères des étages lombaires et troubles statiques associés alors que le rapport d'examen bidisciplinaire mentionnait uniquement la présence de discopathies légères et de discrets troubles dégénératifs du rachis lombaire évoluant depuis de nombreuses années (cf. TAF pce 1 p. 4 ch. 10 let. c).

E. 8.2.3

En troisième lieu, elle a relevé que le rapport d'examen bidisciplinaire comportait également des allégations non conformes à la réalité ou incomplètes sous « status général ». Ainsi, elle n'avait pas utilisé les escaliers à la descente le jour de l'expertise mais elle avait pris l'ascenseur avec l'expert psychiatre. Puis, l'expert rhumatologue s'étant absenté plusieurs fois de la salle d'expertise, elle avait profité de ces absences pour changer de position. En outre, elle avait choisi des vêtements et des chaussures faciles à enlever et remettre le jour de l'expertise (cf. TAF pce 1 p. 4 ch. 11).

E. 8.2.4

En quatrième lieu, en ce qui concerne le diagnostic de fibromyalgie, elle a relevé que le Dr D. _____ n'avait pas procédé à l'examen des indicateurs standards selon l'ATF 141 V 281 (cf. TAF pce 1 p. 7).

E. 8.2.5

En cinquième lieu, la recourante a fait valoir que l'affirmation du Dr D. _____, selon laquelle les quelques signes inflammatoires décrits par le radiologue sur l'IRM du 14 février 2014 (cf. AI pce 34 p. 20) pouvaient très bien entrer dans le cadre d'une surcharge des structures musculo-tendineuses causée par le port de lourdes charges dans le cadre de l'activité d'infirmière, contredisait la conclusion finale des experts du SMR selon laquelle elle serait parfaitement apte à exercer son activité d'infirmière sur le plan rhumatologique (cf. TAF pce 1 p. 4 ch. 10 let. a). A ce sujet, elle s'est en outre plainte du fait que cet expert rhumatologue du SMR, en soutenant qu'elle aurait toujours pu exercer son activité d'infirmière pour autant que celle-ci respectait les limitations fonctionnelles et qu'elle observait les mesures ergonomiques qui faisaient partie de l'enseignement des écoles

infirmières, méconnaissait la réalité des soins infirmiers en milieu hospitalier et plus particulièrement des conditions de travail qui prévalaient depuis plusieurs années aux HUB._____ (cf. TAF pce 1 p. 7).

E. 8.3

Si, dans un premier temps, l'autorité inférieure et le SMR ont considéré que les documents médicaux produits par la recourante durant la procédure administrative n'apportaient pas d'éléments permettant de douter du bien-fondé du rapport d'examen bidisciplinaire des Drs D._____ et E._____ et du rapport médical de la Dresse H._____ (cf. supra let. B), ces derniers ont revu leur position en procédure de recours, suite à l'envoi par la recourante d'un nouveau rapport médical rhumatologique du Prof K._____ du 24 août 2017 (cf. annexe à TAF pce 1 ; supra let. C). Ainsi, le Dr L._____ du SMR a estimé que l'argumentation du Prof K._____ était en complète contradiction avec celle effectuée par les Drs D._____ et E._____, raison pour laquelle il n'était pas possible de faire la part des choses entre son évaluation et celle des experts (cf. annexes à TAF pces 6 ; 16). Par conséquent, il a proposé la mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique et éventuellement psychiatrique, en Suisse. Dans ses observations finales du 12 juin 2018 (cf. TAF pce 20), l'OAIE, suivant l'avis du Dr L._____, a proposé l'admission du recours et le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour un complément d'instruction médicale.

E. 9.1

Le Tribunal de céans ne voit pas de motifs de s'écarter de l'avis du Dr L._____ et des conclusions de l'autorité inférieure.

E. 9.2

En effet, le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué sur la personne de l'assurée par les Drs D._____ et E._____ du SMR (AI pce 38) ne satisfait pas aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante (cf. supra consid. 7.3.2). Premièrement, le Tribunal constate une contradiction manifeste entre les constatations médicales et les limitations fonctionnelles déterminées par l'expert rhumatologue, ainsi que son appréciation de la capacité de travail de la recourante, qu'il considère apte à exercer l'activité d'infirmière à 100% et ce, depuis toujours. Compte tenu des limitations fonctionnelles fixées par l'expert rhumatologue, en particulier celles consistant à ne pas porter de charges de plus de 10 kg, à ne pas travailler en position accroupie et/ou à genoux, l'on peut se demander si l'activité classique d'infirmière est encore réellement possible et raisonnable en raison des exigences fonctionnelles importantes de cette activité, ceci même si l'intéressée appliquait des mesures ergonomiques et utilisait le matériel proposés par le Dr D._____. De plus, comme l'a relevé à juste titre la recourante, malgré la pose du diagnostic d'une fibromyalgie, les médecins du SMR n'ont pas procédé à l'examen des indicateurs standards selon l'ATF 141 V 281, procédure d'établissement des faits structurée et normative qui aurait été nécessaire pour déterminer si le trouble constaté était invalidant ou non, et, le cas échéant, d'en évaluer le degré (cf. supra consid. 6.3.4).

E. 9.3

Dans ces circonstances, la prise de position médicale du 5 avril 2017 de la Dresse H._____ (AI pce 42) proposant de suivre les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire des Drs D._____ et E._____, n'a pas non plus valeur probante (cf. supra consid 7.3.3).

E. 9.4

Enfin, l'autorité inférieure n'a pas évalué le taux d'invalidité de manière conforme au droit.

E. 9.4.1

L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes, la méthode ordinaire, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du ou de la bénéficiaire potentielle de la rente : personne exerçant une activité lucrative à temps complet (consid. 9.4.2), personne non active (consid. 9.4.3), personne exerçant une activité lucrative à temps partiel ; s'agissant de ce dernier groupe il sied encore de distinguer les personnes accomplissant pendant le reste du temps des travaux habituels (consid. 9.4.4) des personnes ayant diminué leurs taux d'activité sans accomplir de travaux habituels (consid. 9.4.5).

E. 9.4.2

En vertu de l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment : ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

E. 9.4.3

Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de la personne assurée qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteinte dans sa santé et de laquelle on ne peut raisonnablement exiger qu'elle en entreprenne une est évaluée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Il s'agit de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. On compare alors les activités que la personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité. L'incapacité de travail correspond à la diminution du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels. En vertu de l'art. 27 aRAI, par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (arrêt du TAF C-2719/2016 du 25 avril 2019 consid. 12.3.3). Concrètement, la détermination du taux d'invalidité la méthode spécifique résulte en principe d'une enquête ménagère menée sur place par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillé en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le tribunal ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (arrêts du TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 ; 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1).

E. 9.4.4

L'art. 28a al. 3 LAI décrit la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité qui s'applique notamment lorsque la personne assurée exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et accomplit des travaux habituels. Le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité selon les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI et l'invalidité globale est déterminée selon les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, pondérée en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (ATF 141 V 15 consid. 4.5 ; 137 V 334 consid. 3.1.3). Depuis l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme n° 7186/09 Di Trizio du 2 février 2016, l'application de la méthode mixte est restreinte (ATF 144 I 28 consid. 4.2 s. et références ; arrêt du TF 9C_387/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.3) mais toujours déterminante lorsqu'il s'agit notamment d'examiner pour la première fois le droit à une rente suite à une première demande de prestations (notamment : arrêt du TF 8C_633/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3 ; pour d'autres situations encore voir notamment : arrêt du TF 8C_462/2017 du 30 janvier 2018 consid. 5.2). Par ailleurs, le 1er janvier 2018, sont entrés en vigueur les nouveaux art. 27bis al. 2 à 4 RAI concernant l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel.

E. 9.4.5

S'agissant de l'évaluation de l'invalidité des personnes en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps et qui ont décidé de leur propre gré lorsqu'elles ont été non atteintes dans leur santé de réduire leur horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre leur formation (ou leur perfectionnement professionnel), ou si le marché du travail ne leur permettait pas d'avoir une activité à plein temps, la jurisprudence a précisé qu'il faut appliquer la méthode ordinaire de comparaison des revenus et que la méthode mixte n'a pas à intervenir. En effet, le Tribunal fédéral a considéré que les activités de loisirs sont exclues de la définition des travaux habituels et que le temps consacré aux loisirs et intérêts personnels, dont il résulte une diminution volontaire de revenu, n'est pas assuré. Dans ces cas, la limitation dans le domaine lucratif doit être prise en considération de façon proportionnelle, en fonction de l'étendue de l'hypothétique taux d'activité lucrative à temps partiel. C'est pourquoi, par « revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA », il faut entendre le gain qu'elle réaliserait effectivement si elle était en bonne santé, et non pas ce qu'elle pourrait gagner dans le meilleur des cas (ATF 142 V 290 consid. 7 ; 135 V 58 consid. 3.4.1 ; 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2 ; voir arrêt du TF 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 5.1 pour les activités sportives et arrêt du TF 9C_615/2016 du 21 mars 2017 consid. 5.4 pour l'étude des langues).

E. 9.4.6

Pour déterminer le statut d'une personne et la méthode d'évaluation du degré d'invalidité applicable au cas particulier, il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue et non pas chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de sa part (cf. notamment : arrêts du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2 ; 9C_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2 ; 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). A cette fin, il faut tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles, soit de la situation familiale, sociale, financière et professionnelle (ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; arrêt du TF 9C_279/2018 cité consid. 2.2) ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels (ATF 137 V 334

consid. 3.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de la personne assurée qui comme fait interne ne peut toutefois être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêts du TF 9C_279/2018 cité consid. 2.2 ; 9C_883/2017 du 28 février 2018 consid. 4.1.2 ; 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3). L'évaluation doit se fonder sur des éléments établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 et références ; arrêt du TF 9C_279/2018 cité consid. 2.2 ; 9C_339/2014 du 31 juillet 2014 consid. 2.3). Enfin, selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse (ATF 137 V 334 consid. 3.2). S'agissant en particulier des personnes travaillant à temps partiel, le Tribunal fédéral a remarqué que sans indications allant dans le sens que le temps libre résultant de la réduction du taux d'occupation est consacré à des hobbies ou à des activités d'accomplissement personnel, le temps à disposition précité est réputé consacré à des activités de tenue du ménage (exemples : ATF 141 V 15 consid. 4.6 et 4.7 ; arrêts du TF 9C_866/2013 du 15 avril 2014 consid. 4.3 ; 8C_373/2008 du 28 août 2008 consid. 3.2.1 et 3.2.2 s'agissant de la tenue d'un ménage de deux personnes et I 609/05 du 1er février 2006 consid. 4.3.2 s'agissant d'une personne vivant seule, malgré la charge de travail relativement moindre ; voir aussi Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 28a n° 125 ; Emilie Conti Morel, Invalidité et travail à temps partiel, méthode applicable pour le calcul du taux d'invalidité, in : REAS 2016 p. 334 ss, 337 i.f.).

E. 9.4.7

En l'occurrence, le Tribunal constate que la décision de rejet attaquée ne se fonde sur aucun calcul de l'invalidité. L'autorité inférieure, s'appuyant sur les conclusions des spécialistes du SMR et de la Dresse H. _____ (cf. supra let. B.b ; B.c), semble avoir estimé que dès lors que la capacité de travail exigible de l'assurée avait toujours été de 100% aussi bien dans l'activité habituelle d'infirmière que dans une activité adaptée (cf. AI pce 38 p. 21 s.), le taux d'invalidité s'élevait à 0%, sans qu'il soit nécessaire de procéder à de plus amples investigations. Or, cette manière de procéder n'est pas conforme à la loi et à la jurisprudence précitées dès lors que le dossier ne permet pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée avait exercé, au moment du prononcé de la décision litigieuse, une activité lucrative à temps complet ou qu'elle faisait partie des personnes en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps et qui ont décidé de leur propre gré lorsqu'elles ont été non atteintes dans leur santé de réduire leur horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre leur formation (ou leur perfectionnement professionnel), ou si le marché du travail ne leur permettait pas d'avoir une activité à plein temps. En effet, d'après le dossier de l'autorité inférieure, l'assurée a travaillé en dernier lieu et jusqu'au 20 juin 2014 à 60% en qualité d'infirmière auprès des HUB. _____. Le reste du temps, elle s'occupait de son ménage, de l'éducation de sa fille née en 2002 et de la location de son appartement via Airbnb, activité qui générait, selon les dires de la recourante, un revenu annuel moyen d'environ EUR 7'000.-. Depuis le 20 juin 2014, elle n'a pas repris d'activité professionnelle (cf. AI pces 10 p. 2 s. ; 38 p. 5, p. 6). Malgré les éléments précités, aucune mesure d'instruction sous la forme d'une enquête sur le statut de l'assurée, d'une enquête sur le ménage pour les personnes accomplissant des travaux ménagers ou d'une enquête sur l'activité professionnelle indépendante de l'intéressée n'avait pourtant été diligentée, de sorte que le degré d'invalidité de l'assurée ne peut être déterminé sur la base de l'état actuel du dossier.

E. 10.1

Au vu de ce qui précède, le recours de l'intéressée doit être admis partiellement, la décision du 28 juin 2017 doit être annulée et l'affaire doit être renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé de la recourante et son éventuelle invalidité. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst., RS 101] ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2). 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 (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). Tel est le cas en l'espèce. Comme expliqué ci-dessus, la situation médicale ainsi que les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont nullement été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure, raison pour laquelle le renvoi à l'autorité inférieure est justifié contrairement à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Ledit renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure est d'autant plus justifié que l'OAIE n'a pas déterminé le statut de l'assurée. Cette solution permet en effet dans ce contexte une bonne application du principe de la double instance.

E. 10.2

Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de la recourante à une rente d'invalidité au plus tôt à compter du 1er février 2015 (cf. supra consid. 4.2), l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressée et de son évolution pour pouvoir déterminer notamment l'incidence des éventuelles atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGA). Elle sollicitera une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, rhumatologie et psychiatrie ainsi que d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3), qui devra notamment (i) fixer le début de l'incapacité de travail de longue durée, soit le point de départ de l'invalidité, (ii) poser le(s) diagnostic(s) de la recourante, (iii) établir ses limitations fonctionnelles, y compris dans l'activité de ménagère, et (iv) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail de l'intéressée dans son ancienne activité d'infirmière, dans son activité professionnelle indépendante (location de son appartement via Airbnb), et dans des activités adaptées ainsi que dans son activité ménagère, en indiquant l'évolution de ceux-ci dans le temps. Afin de répondre aux exigences de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux et aux affectations psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418), dite expertise devra être faite en Suisse. De plus, il appartiendra à l'autorité inférieure de déterminer le statut de l'assurée, de procéder à une enquête sur le ménage pour les personnes accomplissant des travaux ménagers ainsi que pour l'activité professionnelle indépendante et de déterminer les taux d'invalidités de l'intéressée ainsi que son éventuel droit à la rente à compter du 1er février 2015, en tenant compte des nouvelles règles concernant l'application de la méthode mixte et des limitations fonctionnelles de l'assurée.

L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

E. 11.1

En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

E. 11.2

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que la recourante a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance de frais versée par la recourante à hauteur de Fr. 800.- (cf. TAF pces 2 à 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 11.3

Il reste à examiner la question des dépens, les art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettant au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. A défaut de note de frais, le Tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2 FITAF). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (arrêt du TF 9C_637/2013 du 13 décembre 2013 consid. 5.2). La recourante a agi en étant représentée par un avocat (cf. annexe 0 à TAF pce 1). Au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par le mandataire de la recourante, qui a consisté principalement en la rédaction d'un recours de neuf pages (cf. TAF pce 1), d'une réplique de quatre pages (cf. TAF pce 8) et d'une détermination d'une page (cf. TAF pce 12), il convient de lui allouer une indemnité de dépens de Fr. 2'800.- (sans TVA ; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF, et art 1 al. 2 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] en relation avec l'art. 8 al. 1 LTVA), à la charge de l'autorité inférieure.

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