

BVGer F-285/2021 vom 27. November 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_F-285_2021_d20201127

FR: TAF F-285/2021 du 27 novembre 2020

IT: TAF F-285/2021 del 27 novembre 2020

Regeste

Droit à la rente | Assurance-invalidité (décision du 27 novembre 2020)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans 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 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.

E. 1.2

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.3

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). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 al. 1 PA), le recours est recevable.

E. 2.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, 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 148 V 21 consid. 5.3 ; 143 V 446 consid. 3.3). Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse ayant été rendue le 27 novembre 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, les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

E. 2.2

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Ainsi, la documentation médicale versée en cause durant la procédure judiciaire ne sera prise en considération que dans la mesure où elle permet d'apprécier l'état de fait juridiquement pertinent au cas d'espèce.

E. 2.3

S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un élément d'extranéité puisque la recourante, domiciliée en Espagne, prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse pour y avoir cotisé. Dans ces circonstances, sont applicables l'ALCP (RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement [CE] n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi 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 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11]). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

E. 3

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). Par

ailleurs, le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 135 I 91 consid. 2.1 ; André Moser et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGa) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 4.1

Le présent litige porte sur le bien-fondé du rejet de la demande de prestations de la recourante, au motif que cette dernière ne présenterait qu'un taux d'invalidité total de 26 %.

E. 4.2

Pour parvenir à ce taux, l'OAIE a tout d'abord retenu que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'intéressée s'élevait à 100 % à compter du 11 juin 2018 mais que l'exercice d'une activité adaptée demeurerait toutefois exigible à 80 % dès le 11 juin 2018, avec une perte de gain de 21 % (OAIE pce 26). Il a par ailleurs estimé que l'incapacité dans l'accomplissement des travaux habituels était quant à elle de 35 % dès le 30 juin 2020 (OAIE pce 32). Un taux d'invalidité global de 26 % ayant ainsi été obtenu, l'autorité inférieure a nié le droit de la recourante à une rente, un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvrant pas le droit à cette dernière.

E. 4.3

Pour sa part, l'intéressée a rappelé qu'elle souffrait d'une maladie dégénérative et progressive l'empêchant d'effectuer un travail adapté ainsi que d'exécuter une quelconque tâche ménagère. Elle a relevé que la sclérose en plaques était une maladie incurable ainsi que chronique et que les traitements lui ayant été administrés n'avaient pas pu améliorer sa santé ni freiner l'avancement de sa maladie. En outre, elle a souligné être dépendante d'autres personnes pour effectuer ses activités essentielles et devoir se déplacer avec une béquille ou un déambulateur en présence de quelqu'un pour éviter les chutes. Cette maladie lui causerait de la fatigue, de la faiblesse dans les jambes, des vertiges, des troubles de la vision, de la mémoire et de la concentration, ainsi que des douleurs musculaires l'empêchant d'être indépendante dans sa vie quotidienne. L'octroi en sa faveur d'une rente AI entière serait par conséquent justifié.

E. 5

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGa et de la LAI (art. 8 LPGa ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant 113 mois (cf. supra consid. A). Elle remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si cette dernière 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 (art. 8 al. 1 LPGa). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée

survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2020 5137 ; FF 2018 1597), est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aussi le taux d'invalidité s'évalue-t-il en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

E. 6.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

E. 6.3

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).

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. 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.

E. 7.2

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure

et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

E. 7.3

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).

E. 7.4

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 7.4.1

S'agissant des 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 (ATF 125 V 351 consid. 3c ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, 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).

E. 7.4.2

Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n°

43). Il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Les prises de position du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur. Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 ; 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Pour avoir valeur probante, ces prises de position présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permet l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

E. 8

mai 2019 et concluant à l'incapacité de travail de la recourante dans son activité habituelle mais à la possibilité d'exercice d'une activité de substitution comme téléopératrice ou une autre activité sédentaire à temps plein. B.b Par courrier du 13 novembre 2019, l'OAIE a averti l'intéressée que, au vu de l'état du dossier, il n'était pas en mesure de se prononcer sur sa

F-285/2021 Page 3 demande de rente d'invalidité et qu'elle était donc invitée à se soumettre à une nouvelle visite médicale. B.c Le 27 janvier 2020, l'OAIE a reçu deux rapports médicaux datés des 21 novembre 2019 et 8 janvier 2020 résumés comme suit : - un rapport de suivi neurologique du 21 novembre 2019 pour quatre consultations effectuées entre le 28 mai 2019 et le 21 novembre 2019 (OAIE pce 22) de la Dre C. _____ (neurologue exerçant à l'hôpital universitaire de Corogne), indiquant en substance une aggravation de l'instabilité à la marche, l'absence de nouvelle lésion depuis l'IRM de juin 2018, ainsi qu'une persistance de la lymphopénie depuis février 2019 ; - un rapport neurologique du 8 janvier 2020 de la même médecin (OAIE pce 21), décrivant des lésions suggestives de lésions démyélinisantes, un nystagmus horizonto-rotatoire au regard latéral et vertical, une parésie du membre inférieur droit, une hypoesthésie légère au niveau de la jambe droite, une hyporéflexie généralisée, un signe de Babinski à droite, une légère dysmétrie à l'épreuve doigts-nez bilatéral et une marche parétique, tout en retenant comme diagnostic une sclérose en plaques récidivante avec proposition d'introduction de traitement par teriflunomide ; le rapport relève également que la maladie affecte la vie personnelle de l'intéressée, obligeant cette dernière à demander l'aide de ses proches de manière régulière. B.d Dans sa prise de position du 13 mars 2020 (OAIE pce 25), la Dre D. _____ (médecin spécialiste en neurologie auprès du service médical interne de l'OAIE ; ci-après : la médecin conseil de l'OAIE) indique que la recourante peut toujours exercer une activité lucrative adaptée à 80 % et des tâches ménagères à 78 %, du fait de la stabilité de sa maladie ainsi que de l'absence de nouvelle lésion apparente entre 2017 et 2018 et de

traitement immunomodulateur. B.e Sur la base des avis du service médical de l'OAIE du 7 novembre 2019 ainsi que du 13 mars (OAIE pces 18 et 25), lesquels s'appuient sur les différents rapports médicaux alors disponibles, l'OAIE a adressé le 24 avril 2020 un projet de décision à l'intéressée, à teneur duquel la demande de cette dernière était rejetée, au motif qu'une activité adaptée à l'état de santé pouvait encore être exercée à 80 % (OAIE pce 27) et que les tâches ménagères pouvaient encore être effectuées à 78 % (OAIE pce 25). En effet, l'OAIE a constaté qu'une activité légère et sédentaire tout

F-285/2021 Page 4 comme l'accomplissement des tâches ménagères étaient toujours exigibles en mesure suffisante pour exclure le droit à la rente. B.f Contestant le projet de décision précité par courrier du 24 juillet 2020, l'intéressée a indiqué souffrir d'une maladie dégénérative, incurable et chronique affectant son quotidien et l'obligeant à se déplacer avec des canes ou un déambulateur. Elle a ajouté considérer être incapable de travailler de manière totale ou partielle et être dans l'impossibilité de réaliser ses tâches ménagères. Elle a également transmis à l'OAIE un rapport neurologique du 30 juin 2020 de la Dre C._____, indiquant une aggravation de la santé de l'intéressée avec une paraparésie à prédominance droite, rendant la marche autonome impossible et concluant au diagnostic de sclérose en plaques récurrente-rémittente actuellement en phase progressive. Ce rapport mentionne également l'introduction d'un traitement de méthylprednisolone et signale que la recourante a besoin de l'aide de ses proches dans ses activités de base, ce qui témoignerait de la condition de dépendance de cette dernière (OAIE pce 34). B.g Dans sa prise de position du 5 novembre 2020, la Dre D._____ retient une aggravation progressive de la marche n'influençant toutefois pas les limitations fonctionnelles indiquées dans sa prise de position du

E. 9.1

En l'espèce, la décision querellée se fonde précisément sur les deux prises de position des 13 mars et 5 novembre 2020 du service médical de l'OAIE (OAIE pces 25 et 38). Dans ces dernières, la Dre D._____ retient le diagnostic de sclérose en plaques avec comme séquelles neurologiques un nystagmus, une parésie du membre inférieur droit avec hypoesthésie discrète avec une marche parétique et une légère dysmétrie à l'épreuve doigts-nez bilatéral. Bien qu'elle admette qu'une aggravation de la marche ait été relevée dans le rapport neurologique du 30 juin 2020, elle déclare que cela n'influence pas les limitations fonctionnelles de la recourante, une activité légère et sédentaire étant toujours possible. Au vu des séquelles susmentionnées et suite à l'aggravation de la marche, la Dre D._____ retient une incapacité de travail pour le ménage à 35 % dès le 30 juin 2020, permettant de parvenir à un taux d'invalidité global de 26 % dès la même date, compte tenu de l'empêchement rencontré dans les domaines professionnel et ménager (cf. supra consid. 4.2). Dans sa prise de position du 10 juin 2021 (pce 13 TAF), soit après la décision querellée, la Dre D._____, se basant sur le rapport de radiologie du 11 octobre 2020 (établi antérieurement à la décision de l'OAIE mais produit toutefois ultérieurement [pce 1 TAF, annexe 6]) a relevé une aggravation de la maladie avec mise en évidence de quatre nouvelles lésions à l'IRM dont une lésion active. Précisant que la sclérose en plaques était une maladie chronique pouvant passer d'une forme poussée-rémission à une forme progressive, l'aggravation décrite serait compatible avec l'évolution de la maladie. La description clinique étant identique à celle indiquée dans le certificat médical produit le 30 juin 2020 et les troubles de la marche n'influençant selon elle pas une activité sédentaire, elle a retenu que l'aggravation de la santé de l'assurée n'était pas susceptible de modifier ses

conclusions antérieures.

E. 9.2

De son côté, expliquant que son état de santé l'empêchait de reprendre une quelconque activité professionnelle ou ménagère, la recourante reproche à l'OAIE d'avoir établi les faits de façon incorrecte, en renonçant notamment à prendre en compte l'aggravation de son état de santé attestée par les spécialistes consultés en Espagne.

E. 9.3

On doit donner raison à l'intéressée. Pour évaluer sa capacité résiduelle de travail, l'OAIE renvoie essentiellement à l'avis de sa médecin conseil, qui n'a pas procédé à l'examen personnel de l'assurée (rapports de la Dre D. _____ des 13 mars et 5 novembre 2020 ainsi que du 10 juin 2021 [OAIE pces 25 et 38 et TAF pce 13]). Contrairement à ce que soutient l'autorité inférieure, on ne voit toutefois pas que ces prises de position suffisent à établir les circonstances médicales pertinentes au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Selon la jurisprudence, l'appréciation des preuves est en effet soumise à des exigences sévères lorsque comme en l'espèce, l'administration ou, en cas de recours, le juge se fonde uniquement ou principalement sur les rapports de médecins rattachés aux assureurs. Une instruction complémentaire sera ainsi requise si des doutes, même faibles (« geringe Zweifel »), subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux qui, comme c'est le cas ici, ne résultent pas de l'examen personnel de l'assuré, présupposent que le dossier ayant servi de base à leur établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3) et permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (« lückenloser Befund ») ; en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical (« feststehenden medizinischen Sachverhalts »), de sorte que la nécessité de procéder à l'examen direct de l'assuré n'apparaît plus au premier plan (entre autres: TF 9C_661/2019 du 26 mai 2020 consid. 4.1 et réf. cit.).

E. 9.4

Tout d'abord, il sied de relever que le constat médical des différents médecins étant intervenus est cohérent et que ces derniers sont unanimes quant aux pathologies dont souffre la recourante. Toutefois, il n'en va pas de même de la question des limitations fonctionnelles de l'intéressée et de sa capacité de travail. A cet égard, la Dre D. _____ se limite dans ses prises de position à indiquer que la recourante a besoin d'une canne pour se déplacer et qu'elle ne peut pas marcher de longues distances ni rester debout de manière prolongée (OAIE pces 25 et 38). Au contraire, la Dre C. _____ retient, pour sa part, que l'intéressée a besoin d'une canne et/ou d'un déambulateur pour se déplacer mais que l'aide de ses proches est toutefois également nécessaire (OAIE pces 21 et 32). La Dre G. _____ estime de même qu'en raison de son tableau d'instabilité, la recourante a besoin d'accompagnement pour éviter les chutes (pce 1 TAF, annexe 5). Si le rapport de cette praticienne est certes de peu postérieur à la décision du 27 novembre 2020, il démontre l'incohérence des avis exprimés quant aux réelles capacités de déplacement de l'intéressée. Quant à la capacité de travail de l'assurée, le rapport E 213 du 5 juin 2019 retient que l'assurée peut travailler à temps complet dans une activité adaptée telle que celle de téléphoniste (OAIE pce 6). A contrario, le rapport neurologique du 30 juin 2020 mentionne

que l'assurée a besoin de l'aide de ses proches pour ses activités essentielles, concluant ainsi implicitement à une incapacité à effectuer un quelconque travail. La Dre C. _____ estime même que la recourante « revêt la condition de personne dépendante » (OAIE pce 32). A l'inverse de ce constat, la médecin conseil de l'OAIE a, pour sa part, retenu qu'une activité sédentaire à temps partiel était toujours possible avec une limitation de 20 %. Elle a également souligné que la maladie n'était pas agressive et que l'incapacité totale pour les activités de ménage décrite dans le questionnaire économique n'était pas justifiée (OAIE pce 25). Elle n'expose toutefois pas les raisons pour lesquelles elle s'écarte des appréciations médicales faites par les deux médecins espagnols. Par conséquent, le Tribunal considère que la médecin conseil de l'OAIE n'a pas motivé de manière exhaustive sa position concernant l'incapacité de travail de la recourante.

E. 9.5

Ensuite, dans le cadre de la présente procédure, l'intéressée a notamment produit un rapport de radiologie du 11 octobre 2020, soit établi avant la décision querellée, lequel fait état d'une aggravation de sa santé. Si on ne peut pas reprocher à l'OAIE de ne pas avoir mentionné ce document dans sa décision, lequel n'a été transmis qu'au stade du recours, on peut toutefois relever l'interprétation critiquable qu'en a fait son service médical (cf. supra consid. 9.1 2ème par.). En effet, le Tribunal peine à comprendre que l'autorité inférieure retienne une aggravation de l'état de santé de la recourante avec quatre nouvelles lésions, tout en relevant que la description clinique est identique à celle déjà analysée, permettant ainsi de s'en tenir aux conclusions antérieures de la médecin conseil. Ainsi, cette dernière estime que cette aggravation n'a aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, cette dernière pouvant toujours exercer une activité sédentaire. Or, le dossier ne fournit aucune description exhaustive et cohérente de la situation clinique de la marche de l'intéressée (cf. supra consid. 4). A cet égard, il paraît donc difficile de juger la capacité de travail de cette dernière avec une description des limitations fonctionnelles aussi vague. En définitive, faute de disposer de la documentation médicale topique, il n'est pas possible d'évaluer les limitations somatiques méritant d'être prises en considération dans le cas d'espèce.

E. 9.6

Sur le vu de ce qui précède, et eu égard aux exigences sévères posées par le Tribunal fédéral envers ce genre de rapports, le Tribunal estime que la prise de position médicale du 5 novembre 2020 du service médical de l'OAIE n'est pas dûment motivée en tant qu'elle s'écarte - qui plus est sans l'indiquer - des constatations d'autres médecins consultés en lien avec l'éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles. Certains points litigieux importants n'ont ainsi pas été examinés et présentés à satisfaction de droit. Il est par ailleurs rappelé qu'une instruction complémentaire doit être requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence des rapports des médecins rattachés aux assureurs (cf. supra consid. 7.4.2). Cette prise de position ne peut, partant, pas se voir attribuer une pleine valeur probante.

E. 10.1

Aussi le Tribunal n'est-il pas en mesure de se prononcer en l'état sur une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée et avec quelles restrictions. Ces éléments n'ont pas été suffisamment investigués par l'autorité inférieure. Les actes au dossier, qui divergent sur les points précités, ne permettent pas non plus de trancher, le Tribunal ne pouvant se

convaincre que les faits établis par l'autorité inférieure présentent un degré de vraisemblance prépondérante.

E. 10.2

Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_558/2017 du 1er février 2018 consid. 3.2.1). Dans le cas concret, il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis se prononce à nouveau, dans une nouvelle décision, sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI.

E. 10.3

Une expertise médicale sera ainsi mise en oeuvre en neurologie et rhumatologie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée) et les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1). L'expertise sera organisée en Suisse - l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). L'autorité inférieure déterminera ensuite le taux d'invalidité ainsi que le droit de l'assurée à une rente AI. Elle rendra ensuite une nouvelle décision.

E. 11

Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 27 novembre 2020 doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité précédente pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

E. 12.1

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. La recourante a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 1ère phrase PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 12.2

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (cf. art. 64 al. 1 et 2 PA, en relation avec l'art. 7 al. 1 et al. 4 FITAF). A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison 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 (art. 10 et 14 FITAF). En l'espèce, la recourante a agi par une représentante n'exerçant pas la profession d'avocat. Cette dernière n'a pas produit de note d'honoraires. Compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause et du travail effectué, le Tribunal alloue ainsi à l'intéressée une indemnité globale de dépens de 1'000.- francs (hors TVA, cette dernière étant domiciliée à l'étranger) (cf. entre autres arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2473/2012 du 23 août 2012 consid. 9.2). (le dispositif se trouve sur la page suivante)

E. 13

mars 2020. Toutefois, elle considère que cette aggravation provoque des difficultés supplémentaires dans l'exécution des tâches ménagères et propose de retenir une incapacité de travail pour le ménage à 35 % au lieu des 22 % précédemment retenus. B.h L'OAIE a, par décision du 27 novembre 2020 (OAIE pce 39), rejeté la demande de prestations du 14 mai 2019 de l'assurée, au motif que cette dernière, qui ne peut plus travailler en tant que vendeuse (incapacité de 100 % à compter du 11 juin 2018), pouvait exercer une activité adaptée à son état de santé à 80 % dès le 11 juin 2018, avec une perte de gain de 21 %, et accomplir ses travaux habituels à 65 % dès le 30 juin 2020. L'autorité inférieure a par ailleurs fixé le taux d'invalidité global à 26 % dès le 30 juin 2020, compte tenu de l'empêchement rencontré dans les deux domaines (professionnel et ménager). C. C.a Le 12 janvier 2021 (timbre postal), l'intéressée, par l'entremise de sa représentante, a interjeté recours par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le Tribunal de céans) contre la décision précitée (TAF pce 1), concluant à l'annulation de celle-ci et à l'octroi d'une

F-285/2021 Page 5 rente entière d'invalidité. Elle a en outre versé deux nouveaux documents médicaux datés du 11 octobre 2020 et du 4 janvier 2021 indiquant, selon elle, une aggravation de son état de santé. Le premier, soit le rapport de radiologie cérébrale, cervicale et dorsale du 11 octobre 2020, établi par la Dre E. _____ (radiologue à l'hôpital F. _____), relève une détérioration progressive de la marche depuis six mois et mentionne la présence de quatre nouvelles lésions dans l'encéphale, dont deux de 9 millimètres, dans le tronc et les ganglions de la base gauche, ainsi que des lésions démyélinisantes encéphaliques et médullaires étendues selon la dernière IRM réalisée, une atrophie et des hernies discales à la colonne dorsale médiane sans atteinte au cordon médullaire. Le second, soit le rapport médical du 4 janvier 2021 établi par la Dre G. _____ (médecin au service galicien de santé), relève pour sa part une parésie du membre inférieur droit 4/5 une parésie du membre inférieure gauche 3/5, un pied droit équin qui requiert l'utilisation d'une attelle anti-équin ainsi qu'une marche parétique. Il mentionne au surplus qu'en raison du tableau d'instabilité à la marche, l'intéressée a besoin d'accompagnement pour éviter les chutes. C.b Dans sa communication du 23 mars 2021 (TAF pce 6), l'OAIE, relevant que le recours mentionnait un rendez-vous avec un spécialiste en neurologie, a sollicité la production du rapport correspondant avant de prendre position. C.c Par courrier du 6 mai 2021 (TAF pce 11), l'assurée a versé au dossier un rapport médical de la Dre C. _____ du 23 avril 2021, lequel relate une aggravation de l'état de santé (paraparésie à prédominance droite et une incapacité de marche de manière autonome). Le rapport souligne également que l'intéressée doit être considérée comme dépendante, au vu du soutien que ses proches lui apportent pour ses activités essentielles. C.d Dans sa réponse du 13 juillet 2021 (TAF pce 13), l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il renvoie à la prise de position de son service médical du 10 juin 2021 selon laquelle les nouveaux rapports

médicaux faisaient état d'une aggravation de la maladie avec mise en évidence de quatre nouvelles lésions dont une lésion active, mais que cette aggravation était compatible avec l'évolution de la maladie. En outre, la description clinique restait identique à celle figurant dans le rapport du 30 juin 2020, ce qui confirmait la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée. C.e Par réplique du 14 septembre 2021 (TAF pce 19), la recourante a rappelé qu'elle souffrait d'une maladie dégénérative et progressive l'empêchant d'effectuer un travail adapté ainsi que d'exécuter une

F-285/2021 Page 6 quelconque tâche ménagère. Elle a par conséquent maintenu son recours et demandé l'octroi d'une rente d'invalidité entière. C.f Par duplique du 4 octobre 2021 (TAF pce 20), l'OAIE a réitéré les conclusions prises dans sa réponse du 13 juillet 2021. D. Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront repris, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent. Droit : 1. 1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans 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 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. 1.2 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2). 1.3 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). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 al. 1 PA), le recours est recevable. 2. 2.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, 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 148 V 21 consid. 5.3 ; 143 V 446 consid. 3.3). Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse ayant été rendue le 27 novembre 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, les

F-285/2021 Page 7 modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce. 2.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril

2017 consid. 5.2). Ainsi, la documentation médicale versée en cause durant la procédure judiciaire ne sera prise en considération que dans la mesure où elle permet d'apprécier l'état de fait juridiquement pertinent au cas d'espèce. 2.3 S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un élément d'extranéité puisque la recourante, domiciliée en Espagne, prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse pour y avoir cotisé. Dans ces circonstances, sont applicables l'ALCP (RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement [CE] n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi 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 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11]). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004 ; F-285/2021 Page 8 ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5). 3. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). Par ailleurs, le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 135 I 91 consid. 2.1 ; ANDRÉ MOSER et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA) et de motiver leur recours (art. 52 PA). 4. 4.1 Le présent litige porte sur le bien-fondé du rejet de la demande de prestations de la recourante, au motif que cette dernière ne présenterait qu'un taux d'invalidité total de 26 %. 4.2 Pour parvenir à ce taux, l'OAIE a tout d'abord retenu que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'intéressée s'élevait à 100 % à compter du 11 juin 2018 mais que l'exercice d'une activité adaptée

F-285/2021 Page 9 demeurait toutefois exigible à 80 % dès le 11 juin 2018, avec une perte de gain de 21 % (OAIE pce 26). Il a par ailleurs estimé que l'incapacité dans l'accomplissement des travaux habituels était quant à elle de 35 % dès le 30 juin 2020 (OAIE pce 32). Un taux d'invalidité global de 26 % ayant ainsi été obtenu, l'autorité inférieure a nié le droit de la recourante à une rente, un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvrant pas le droit à cette dernière. 4.3 Pour sa part, l'intéressée a rappelé qu'elle souffrait d'une maladie dégénérative et progressive l'empêchant d'effectuer un travail adapté ainsi que d'exécuter une quelconque tâche ménagère. Elle a relevé que la sclérose en plaques était une maladie incurable ainsi que chronique et que les traitements lui ayant été administrés n'avaient pas pu améliorer sa santé ni freiner l'avancement de sa maladie. En outre, elle a souligné être dépendante d'autres personnes pour effectuer ses activités essentielles et devoir se déplacer avec une béquille ou un déambulateur en présence de quelqu'un pour éviter les chutes. Cette maladie lui causerait de la fatigue, de la faiblesse dans les jambes, des vertiges, des troubles de la vision, de la mémoire et de la concentration, ainsi que des douleurs musculaires l'empêchant d'être indépendante dans sa vie quotidienne. L'octroi en sa faveur d'une rente AI entière serait par conséquent justifié. 5. Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant 113 mois (cf. supra consid. A). Elle remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si cette dernière est invalide au sens de la loi. 6. 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 (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2020 5137 ;

F-285/2021 Page 10 FF 2018 1597), est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aussi le taux d'invalidité s'évalue-t-il en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 6.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). 6.3 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). 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 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282

F-285/2021 Page 11 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). 7.3 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). 7.4 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b). 7.4.1 S'agissant des 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 (ATF 125 V 351 consid. 3c ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, 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

F-285/2021 Page 12 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). 7.4.2 Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Les prises de position du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur. Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 8C_616/2020 du

E. 15

juin 2021 consid. 6.2.4 ; 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du

E. 16

novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Pour avoir valeur probante, ces prises de position présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permet l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3

F-285/2021 Page 13 ; 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). 8. S'agissant premièrement de l'aggravation de l'état de santé de la recourante et des rapports médicaux qui en font état, le Tribunal constate que ceux-ci sont tous postérieurs à la décision querellée, à l'exception du rapport de radiologie du 11 octobre 2020 (pce 1 TAF, annexe 6). La décision litigieuse ayant été rendue le 27 novembre 2020, il sera dès lors tenu compte de la potentielle aggravation de l'état de santé de l'intéressée sur la base du rapport du 11 octobre 2020, les appréciations médicales ultérieures n'étant prises en compte que dans la mesure où elles portent sur la situation médicale de la recourante prévalant jusqu'à la date de la décision litigieuse (cf. supra consid. 2.2). 9. 9.1 En l'espèce, la décision querellée se fonde précisément sur les deux prises de position des 13 mars et 5 novembre 2020 du service médical de l'OAIE (OAIE pces 25 et 38). Dans ces dernières, la Dre D. _____

retient le diagnostic de sclérose en plaques avec comme séquelles neurologiques un nystagmus, une parésie du membre inférieur droit avec hypoesthésie discrète avec une marche parétique et une légère dysmétrie à l'épreuve doigts-nez bilatéral. Bien qu'elle admette qu'une aggravation de la marche ait été relevée dans le rapport neurologique du 30 juin 2020, elle déclare que cela n'influence pas les limitations fonctionnelles de la recourante, une activité légère et sédentaire étant toujours possible. Au vu des séquelles susmentionnées et suite à l'aggravation de la marche, la Dre D._____ retient une incapacité de travail pour le ménage à 35 % dès le 30 juin 2020, permettant de parvenir à un taux d'invalidité global de 26 % dès la même date, compte tenu de l'empêchement rencontré dans les domaines professionnel et ménager (cf. supra consid. 4.2). Dans sa prise de position du 10 juin 2021 (pce 13 TAF), soit après la décision querellée, la Dre D._____, se basant sur le rapport de radiologie du 11 octobre 2020 (établi antérieurement à la décision de l'OAIE mais produit toutefois ultérieurement [pce 1 TAF, annexe 6]) a relevé une aggravation de la maladie avec mise en évidence de quatre nouvelles lésions à l'IRM dont une lésion active. Précisant que la sclérose en plaques était une maladie chronique pouvant passer d'une forme poussée- rémission à une forme progressive, l'aggravation décrite serait compatible avec l'évolution de la maladie. La description clinique étant identique à

F-285/2021 Page 14 celle indiquée dans le certificat médical produit le 30 juin 2020 et les troubles de la marche n'influençant selon elle pas une activité sédentaire, elle a retenu que l'aggravation de la santé de l'assurée n'était pas susceptible de modifier ses conclusions antérieures. 9.2 De son côté, expliquant que son état de santé l'empêchait de reprendre une quelconque activité professionnelle ou ménagère, la recourante reproche à l'OAIE d'avoir établi les faits de façon incorrecte, en renonçant notamment à prendre en compte l'aggravation de son état de santé attestée par les spécialistes consultés en Espagne. 9.3 On doit donner raison à l'intéressée. Pour évaluer sa capacité résiduelle de travail, l'OAIE renvoie essentiellement à l'avis de sa médecin conseil, qui n'a pas procédé à l'examen personnel de l'assurée (rapports de la Dre D._____ des 13 mars et 5 novembre 2020 ainsi que du 10 juin 2021 [OAIE pces 25 et 38 et TAF pce 13]). Contrairement à ce que soutient l'autorité inférieure, on ne voit toutefois pas que ces prises de position suffisent à établir les circonstances médicales pertinentes au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Selon la jurisprudence, l'appréciation des preuves est en effet soumise à des exigences sévères lorsque comme en l'espèce, l'administration ou, en cas de recours, le juge se fonde uniquement ou principalement sur les rapports de médecins rattachés aux assureurs. Une instruction complémentaire sera ainsi requise si des doutes, même faibles (« geringe Zweifel »), subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux qui, comme c'est le cas ici, ne résultent pas de l'examen personnel de l'assuré, présupposent que le dossier ayant servi de base à leur établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3) et permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (« lückenloser Befund ») ; en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical (« feststehenden medizinischen Sachverhalts »), de sorte que la nécessité de procéder à l'examen direct de l'assuré n'apparaît plus au premier plan (entre autres: TF 9C_661/2019 du 26 mai 2020 consid. 4.1 et réf. cit.).

F-285/2021 Page 15 9.4 Tout d'abord, il sied de relever que le constat médical des différents médecins étant intervenus est cohérent et que ces derniers sont unanimes quant aux pathologies dont souffre la recourante. Toutefois, il n'en va pas de même de la question des limitations fonctionnelles de l'intéressée et de sa capacité de travail. A cet égard, la Dre D._____ se limite dans ses prises de position à indiquer que la recourante a besoin d'une canne pour se déplacer et qu'elle ne peut pas marcher de longues distances ni rester debout de manière prolongée (OAIE pces 25 et 38). Au contraire, la Dre C._____ retient, pour sa part, que l'intéressée a besoin d'une canne et/ou d'un déambulateur pour se déplacer mais que l'aide de ses proches est toutefois également nécessaire (OAIE pces 21 et 32). La Dre G._____ estime de même qu'en raison de son tableau d'instabilité, la recourante a besoin d'accompagnement pour éviter les chutes (pce 1 TAF, annexe 5). Si le rapport de cette praticienne est certes de peu postérieur à la décision du 27 novembre 2020, il démontre l'incohérence des avis exprimés quant aux réelles capacités de déplacement de l'intéressée. Quant à la capacité de travail de l'assurée, le rapport E 213 du 5 juin 2019 retient que l'assurée peut travailler à temps complet dans une activité adaptée telle que celle de téléphoniste (OAIE pce 6). A contrario, le rapport neurologique du 30 juin 2020 mentionne que l'assurée a besoin de l'aide de ses proches pour ses activités essentielles, concluant ainsi implicitement à une incapacité à effectuer un quelconque travail. La Dre C._____ estime même que la recourante « revêt la condition de personne dépendante » (OAIE pce 32). A l'inverse de ce constat, la médecin conseil de l'OAIE a, pour sa part, retenu qu'une activité sédentaire à temps partiel était toujours possible avec une limitation de 20 %. Elle a également souligné que la maladie n'était pas agressive et que l'incapacité totale pour les activités de ménage décrite dans le questionnaire économique n'était pas justifiée (OAIE pce 25). Elle n'expose toutefois pas les raisons pour lesquelles elle s'écarte des appréciations médicales faites par les deux médecins espagnols. Par conséquent, le Tribunal considère que la médecin conseil de l'OAIE n'a pas motivé de manière exhaustive sa position concernant l'incapacité de travail de la recourante. 9.5 Ensuite, dans le cadre de la présente procédure, l'intéressée a notamment produit un rapport de radiologie du 11 octobre 2020, soit établi avant la décision querellée, lequel fait état d'une aggravation de sa santé. Si on ne peut pas reprocher à l'OAIE de ne pas avoir mentionné ce document dans sa décision, lequel n'a été transmis qu'au stade du recours, on peut toutefois relever l'interprétation critiquable qu'en a fait son service médical (cf. supra consid. 9.1 2ème par.). En effet, le Tribunal peine à

F-285/2021 Page 16 comprendre que l'autorité inférieure retienne une aggravation de l'état de santé de la recourante avec quatre nouvelles lésions, tout en relevant que la description clinique est identique à celle déjà analysée, permettant ainsi de s'en tenir aux conclusions antérieures de la médecin conseil. Ainsi, cette dernière estime que cette aggravation n'a aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, cette dernière pouvant toujours exercer une activité sédentaire. Or, le dossier ne fournit aucune description exhaustive et cohérente de la situation clinique de la marche de l'intéressée (cf. supra consid. 4). A cet égard, il paraît donc difficile de juger la capacité de travail de cette dernière avec une description des limitations fonctionnelles aussi vague. En définitive, faute de disposer de la documentation médicale topique, il n'est pas possible d'évaluer les limitations somatiques méritant d'être prises en considération dans le cas d'espèce. 9.6 Sur le vu de ce qui précède, et eu égard aux exigences sévères posées par le Tribunal fédéral envers ce genre de rapports, le Tribunal estime que la prise de position médicale du 5 novembre 2020 du service médical de l'OAIE n'est pas dûment motivée en tant qu'elle s'écarte – qui plus est

sans l'indiquer – des constatations d'autres médecins consultés en lien avec l'éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles. Certains points litigieux importants n'ont ainsi pas été examinés et présentés à satisfaction de droit. Il est par ailleurs rappelé qu'une instruction complémentaire doit être requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence des rapports des médecins rattachés aux assureurs (cf. supra consid. 7.4.2). Cette prise de position ne peut, partant, pas se voir attribuer une pleine valeur probante. 10. 10.1 Aussi le Tribunal n'est-il pas en mesure de se prononcer en l'état sur une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée et avec quelles restrictions. Ces éléments n'ont pas été suffisamment investigués par l'autorité inférieure. Les actes au dossier, qui divergent sur les points précités, ne permettent pas non plus de trancher, le Tribunal ne pouvant se convaincre que les faits établis par l'autorité inférieure présentent un degré de vraisemblance prépondérante. 10.2 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur

F-285/2021 Page 17 une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_558/2017 du 1er février 2018 consid. 3.2.1). Dans le cas concret, il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis se prononce à nouveau, dans une nouvelle décision, sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI. 10.3 Une expertise médicale sera ainsi mise en œuvre en neurologie et rhumatologie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée) et les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1). L'expertise sera organisée en Suisse – l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). L'autorité inférieure déterminera ensuite le taux d'invalidité ainsi que le droit de l'assurée à une rente AI. Elle rendra ensuite une nouvelle décision. 11. Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 27 novembre 2020 doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité précédente pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. 12. 12.1 Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. La recourante a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 1ère phrase PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. 12.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du

E. 21

février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut

F-285/2021 Page 18 allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (cf. art. 64 al. 1 et 2 PA, en relation avec l'art. 7 al. 1 et al. 4 FITAF). A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison 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 (art. 10 et 14 FITAF). En l'espèce, la recourante a agi par une représentante n'exerçant pas la profession d'avocat. Cette dernière n'a pas produit de note d'honoraires. Compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause et du travail effectué, le Tribunal alloue ainsi à l'intéressée une indemnité globale de dépens de 1'000.- francs (hors TVA, cette dernière étant domiciliée à l'étranger) (cf. entre autres arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2473/2012 du 23 août 2012 consid. 9.2). (le dispositif se trouve sur la page suivante)

F-285/2021 Page 19

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