



Cour III
C-7374/2014

Arrêt du 28 juin 2016

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Caroline Bissegger, Beat Weber, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

A. _____, France
représentée par Maître Marie-Josée Costa, indemnité
Genève,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité : demande de révision de la rente
d'invalidité (décision du 18 novembre 2014).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : assurée ou recourante), ressortissante suisse née en 1968, touche depuis le 1^{er} août 2007 une demi-rente d'invalidité en raison d'une sclérose en plaques diagnostiquée en 2002 et d'une grande fatigabilité y consécutive (cf. décision du 6 décembre 2007 [AI pce 24], voir aussi notamment le rapport médical de la Dresse B._____ du 20 septembre 2007 [AI pce 20 pp. 1 à 4] et la prise de position du Service médical régional du 2 octobre 2007 [AI pce 21]).

Après une révision introduite d'office, cette rente a été confirmée par communication du 14 février 2011 (AI pce 36).

B.

Le 1^{er} septembre 2011, l'assurée demande une modification de sa rente, faisant valoir que de gros changements ont eu lieu suite à deux opérations du dos et aux abcès se reproduisant sous sa peau (AI pce 37). Sur invitation de l'Office cantonal (ci-après : OAI; AI pce 38), elle produit les rapports médicaux suivants :

- les rapports des 21 mars, 12 avril et 10 mai 2011 de l'Hôpital relatifs aux prélèvements cutanés effectués sur l'abdomen (AI pce 42 pp. 8 à 13),
- le résultat de l'examen par biologie moléculaire du 7 avril 2011 (AI pce 42 pp. 6 s.),
- le rapport médical du 26 septembre 2011 du Dr C._____, médecin de famille, qui fait état d'une aggravation de l'état général de sa patiente depuis novembre 2010. Il observe des abcès récidivants à la paroi abdominale et de la panniculite non infectieuse (de Christian Weber), une sclérose en plaques, un status post intervention pour canal cervical étroit en 2010, un status post intervention pour une hernie lombaire avec discopathie opérée en 2009, une fracture traumatique de la mâchoire en 2008, un status post excision pour endométriose ex polypes utérin, un status post excision d'une tumeur du sein droit de nature bénigne ainsi qu'un status post excision d'un mélanome du dos en 2004. Ce médecin atteste par ailleurs une incapacité de travail de 100% du 3 mars au 29 mai 2011, de 50% du 30 mai au 3 juillet 2011 et de 100% à partir du 4 juillet 2011 (AI pce 39),

- le rapport du 2 août 2011, non signé, relatif à un abcès de la paroi abdominale (AI pce 42 pp. 4 s.),
- le rapport médical du 22 septembre 2011, signé des Drs D._____ et E._____ du service dermatologique, faisant état de nombreux abcès récidivants au niveau abdominal (AI pce 42 pp. 1 s.).

Dans le cadre de la poursuite de l'instruction, sont versés les documents suivants :

- le rapport du 31 août 2011 du Dr F._____ qui retient les diagnostics connus mais aussi un status post appendicectomie, un status post fracture de la clavicule droite il y a 25 ans et un status post fracture des dix doigts il y a 30 ans (AI pce 47 pp. 6 à 8),
- le rapport médical du 14 novembre 2011 du Dr E._____ qui observe une panniculite idiopathique, évoluant depuis octobre 2010, ainsi qu'une incapacité de travail de 100% du 7 mars au 30 novembre 2011. Il décrit les restrictions suivantes : le port de charge, le maintien de la position assise et les effets secondaires des traitements (nausées, fatigue; AI pce 44),
- le rapport du 4 janvier 2012 du Dr C._____ qui note comme diagnostic également une hypothyroïdie. Il atteste les incapacités de travail suivantes : 100% du 7 au 20 février 2011 et du 3 mars au 29 mai 2011, 50% du 30 mai au 3 juillet 2011 et 100% dès le 4 juillet 2011 (AI pce 47 pp. 1 à 5),
- le courrier du 13 avril 2012 du Dr E._____, informant que l'assurée se trouve dans une situation économique et morale fortement détériorée (AI pce 51),
- la prise de position du 14 juin 2012 de la Dresse G._____ du SMR (AI pce 52),
- le rapport médical du 25 juin 2012 du Dr E._____, retenant une panniculite idiopathique et une incapacité de travail de 100% du 18 février 2011 au 31 mai 2012 (AI pce 53 pp. 2 à 5),
- la prise de position du 12 septembre 2012 de la Dresse H._____ du SMR (AI pce 55),

- la note du Dr C._____ du 19 octobre 2012 qui atteste une incapacité de travail de 100% depuis le 4 juillet 2011 (AI pce 57),
- la prise de position du 12 novembre 2012 de la Dresse H._____ du SMR (AI pce 59),
- les réponses du 27 novembre 2012 du Dr E._____ qui note une incapacité de travail de 100% du 1^{er} août 2011 au 20 août 2012 concordant avec la fin du suivi (AI pce 63),
- le rapport du 1^{er} décembre 2012 du Dr I._____, neurologue FMH, qui observe les diagnostics connus ainsi qu'une tendinite du membre supérieur gauche. Il note par ailleurs une aggravation progressive de l'état de santé de sa patiente depuis décembre 2011 et atteste une incapacité de travail totale, l'assurée présentant une importante fatigabilité ainsi qu'une limitation d'utilisation du membre supérieur gauche, rendant totalement impossible le travail de l'assuré en tant que secrétaire ou dans une activité adaptée depuis décembre 2011 (AI pce 64),
- le rapport du 13 décembre 2012 du Dr J._____, psychiatre et psychothérapeute, qui retenant une sclérose en plaques, un syndrome dépressif consécutif ainsi qu'une panniculite, note que l'incapacité de travail de l'assurée doit être déterminée par les médecins somaticiens (AI pce 65),
- la prise de position du 10 mai 2013 de la Dresse G._____ du SMR qui note que les différentes pièces au dossier mettent en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Elle propose la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (AI pce 68),
- le compte rendu opératoire du 13 juin 2013 du Dr K._____ relatif à une laminectomie et discectomie L3-L4 gauches pour une hernie discale L3-L4 gauche (AI pce 71),
- le rapport du 15 avril 2014 de l'expertise pluridisciplinaire des 13 novembre et 9 décembre 2013, signé des Drs L._____, médecin interne, M._____, neurologue, et N._____, psychiatre et psychothérapeute, ainsi que du neuropsychologue O._____. Les experts médicaux retiennent une sclérose en plaques, des lombosciatalgies après cures de hernies discales, un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), une majoration des symptômes pour des

raisons psychologiques (F 68.0), une hypothyroïdie substituée, une panniculite de Weber-Christian, un status post excision d'une tumeur bénigne du sein droit, un status post excision d'un mélanome du dos, un status post fracture traumatique de la mâchoire, une endométriose, un déficit isolé en reconnaissance visuelle et des perturbations attentionnelles discrètes dans des tâches saturées en facteurs exécutifs. Ils estiment que l'incapacité de travail de l'assurée est toujours de 50% (AI pce 77).

Sur demande des experts, les documents suivants, relatifs au diagnostic de la sclérose en plaques et ne se trouvant pas déjà au dossier, sont produits :

- le rapport du 21 novembre 2001 du Dr P. _____ qui en raison des séquelles d'un traumatisme de la main gauche survenu le 25 septembre 2001 demande des examens complémentaires (AI pce 77 pp. 29 et 30),
- le résultat de l'examen électroneuromyographique du 27 novembre 2001 (AI pce 77 p. 33),
- le rapport médical du 28 novembre 2001 du Dr I. _____ (AI pce 77 pp. 31 et 32),
- le rapport du 7 mars 2002 du Dr Q. _____ (AI pce 77 p. 34),
- le résultat de l'examen IRM cervicale du 18 mars 2002, signé des Drs R. _____ et S. _____ qui posent l'hypothèse d'une sclérose en plaques (AI pce 77 pp. 35 s.),
- le résultat de l'examen IRM cérébrale du 26 mars 2002, signé de la Dresse T. _____, faisant état d'une possible maladie démyélinisante (AI pce 77 pp. 37 s.),
- le résultat de l'examen IRM cérébrale du 24 septembre 2004, signé de la Dresse U. _____ qui note une absence d'apparition de toute nouvelle lésion tant à l'étage sus-tentorial qu'au niveau de la fosse postérieure (AI pce 77 pp. 41 s.),
- le rapport du 9 août 2006 de la consultation neuro-ophtalmologique, signé de la Dresse V. _____ (AI pce 77 pp. 43).

C.

Invitée à prendre position sur le rapport d'expertise du 15 avril 2014, la Dresse G. _____ confirme le 3 juillet 2014 les conclusions des experts médicaux, l'assurée ne présentant pas une aggravation manifeste de son état de santé et que la situation médicale est superposable à celle qui prévalait lors de l'octroi de la demi-rente, l'assurée présentant toujours une capacité de travail exigible de 50% dans toute activité lucrative (AI pce 80).

D.

Par projet de décision du 14 juillet 2014, l'OAI informe l'assurée qu'il entend rejeter la demande d'augmentation de rente, le degré d'invalidité de 50% demeurant inchangé (AI pce 81).

E.

Le 14 septembre 2014, l'assurée s'oppose à ce projet de décision et demande l'octroi d'une rente entière en raison de sa sclérose en plaque et de son problème au dos qui selon elle est en train de « lâcher ». Elle avance qu'elle a été opérée quatre fois et qu'elle présente une inflammation des lombaires et que la dernière année, elle a passé en moyenne une semaine tous les mois alitée en raison d'un lumbago. Elle fait également valoir souffrir d'anxiétés, de cauchemars, de tremblements et d'angoisses ainsi que d'une inflammation permanente du mollet droit qui limite beaucoup sa mobilité et sa conduite. De plus, l'assurée signale que l'examen du Dr M. _____ lors de l'expertise pluridisciplinaire, a été brutal, lui infligeant une tendinite douloureuse au bras gauche (AI pce 82). A son appui, elle verse au dossier les nouveaux documents médicaux suivants :

- le rapport médical du 10 novembre 2009 du Dr K. _____, neurochirurgien (AI pce 83 p. 6) et le compte rendu opératoire de ce médecin du 9 décembre 2009 relatif à l'arthrodèse L5-S1 par voie antérieure rétropéritonéale gauche (AI pce 83 p. 7),
- le rapport du 3 mars 2010 du Dr K. _____ (AI pce 83 p. 8) et son compte rendu opératoire du 30 avril 2010 relatif à une décompression étagée C5-C6 et C6-C7 pour myélopathie cervicale (AI pce 83 p. 9),
- le rapport du 7 mai 2013 du Dr K. _____ (AI pce 83 p. 10) et son compte rendu opératoire du 13 juin 2013 relatif à une laminectomie et discectomie L3-L4 gauches pour hernie discale (AI pce 83 p. 11),
- le rapport médical du 22 juillet 2014 du Dr C. _____ (AI pce 83 p. 1),

- l'attestation médicale du 25 juillet 2014 du Dr I. _____ qui atteste actuellement une incapacité de travail totale (AI pce 83 p. 4),
- le rapport du 18 août 2014 du Dr E. _____, présentant une synthèse médicale du suivi dermatologique de l'assurée (AI pce 83 p. 2),
- l'attestation médicale du 8 septembre 2014 du Dr J. _____, notant qu'il ressort du dernier entretien avec l'assurée que l'état de santé de celle-ci s'est péjoré (AI pce 83 p. 3),
- le certificat médical du 9 septembre 2014 du Dr K. _____, neurochirurgien, qui, soulevant les différents troubles lombaires et cervicaux de sa patiente, atteste une incapacité de travail totale dans toute activité (AI pce 83 p. 5).

F.

Invitée à prendre position sur les nouvelles pièces produites, la Dresse G. _____ dans son avis médical du 15 octobre 2014 conclut que les nouveaux documents ne font pas état d'une nouvelle atteinte à la santé ou d'une aggravation qui pourront modifier ses conclusions précédentes (AI pce 87).

G.

Par décision du 18 novembre 2014, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) rejette la demande d'augmentation de rente, le degré d'invalidité de 50% demeurant inchangé (AI pce 90).

H.

Le 18 décembre 2014, l'assurée forme recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal), concluant à titre principal, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} septembre 2011. A titre subsidiaire, l'assurée conclut à la mise en place d'une expertise judiciaire, confiée à des spécialistes neutres et indépendants afin de se prononcer sur la capacité de travail raisonnablement exigible de la recourante. En substance, elle soutient que le rapport d'expertise ne bénéficie pas de la pleine valeur probante et argue que ses médecins traitants lui attestent une incapacité de travail totale (TAF pce 1).

Comme nouvelle pièce, la recourante produit le rapport médical du Dr K. _____ du 16 décembre 2014, qui note que le rapport d'expertise du

15 avril 2014 minimise l'aspect chirurgical tant lombaire que cervical et passe sous silence l'intervention du 26 avril 2010 pour une myélopathie cervicale. Il décrit les limitations fonctionnelles de l'assurée et conclut que celles-ci combinées aux troubles décrits dans le rapport d'expertise conduisent à une incapacité de travail totale (TAF pce 1 annexe 25).

I.

Dans sa réponse du 11 février 2015, l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il se fonde sur la prise de position de l'OAI du 6 février 2015 ainsi que sur l'avis médical du 16 janvier 2015 du SMR, signé des Drs W._____ et X._____ qui soulèvent en particulier que les limitations fonctionnelles rapportées par le Dr K._____ sont tout à fait respectées dans l'activité habituelle de l'assurée (TAF pce 3 et annexes).

J.

La recourante s'acquitte de l'avance de frais de procédure de 400 francs dans les délais impartis par le Tribunal (TAF pces 4 à 6).

K.

Par réplique du 26 mars 2015, la recourante persiste dans les termes et conclusions de son recours. Selon elle, le Dr K._____ fait état d'éléments objectifs suffisamment pertinents pour remettre en cause tant les conclusions du rapport d'expertise que celles du SMR. Compte tenu de tous ses problèmes de santé, elle ne dispose d'aucune capacité de travail exploitable (TAF pce 7).

L.

Dans la duplique du 7 mai 2015, l'OAIE réitère ses conclusions précédentes, s'appuyant sur la prise de position du 4 mai 2015 de l'OAI (TAF pce 9 et annexe).

M.

Dans ses observations du 5 juin 2011, la recourante confirme ses termes et conclusions antérieurs et maintient que son état de santé, au vu du rapport du Dr K._____, s'est nettement aggravé depuis 2007 (TAF pce 11).

N.

Par courrier du 25 novembre 2015, la recourante vient aux nouvelles et informe que son état de santé s'est considérablement aggravé depuis le

dépôt de son recours et que sa situation financière est précaire, l'empêchant de recourir aux soins médicaux nécessaires (TAF pce 13).

Droit :

1.

1.1 Le TAF connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions de l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité, sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce (cf. art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] et art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 La recourante a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touchée par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

1.4 Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (cf. art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

2.

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement ; l'on parle de la maxime inquisitoire (cf. art. 12 PA). En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée par l'autorité inférieure (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, Les actes

administratifs, 3^e éd. 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176 et 186 s.). 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, 2^{ème} édition 2013, p. 25 n. 1.55).

3.

3.1

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Concrètement, la recourante ayant demandé une modification de sa rente le 1^{er} septembre 2011 (AI pce 37) et la décision litigieuse ayant été rendue le 18 novembre 2014 (AI pce 90), les dispositions légales en vigueur entre ces moments-ci sont déterminantes.

3.2 La présente affaire contient un aspect international, voir transfrontalier dans la mesure où la recourante est de nationalité suisse et a été assurée en Suisse pendant plusieurs années (cf. notamment l'extrait du compte individuel du 2 juillet 2007 [AI pce 13] et la décision du 6 décembre 2007, retenant 18 années de cotisations [AI pce 24]) et habite depuis fin 2011 en France (AI pce 43). 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 États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa), ainsi que les règlements auxquels il renvoie (cf. art. 1^{er} al. 1 annexe II et art. 1 de la section A de l'annexe II ALCP, faisant en vertu de l'art. 15 ALPC partie intégrante de celui-ci).

Jusqu'au 31 mars 2012, les Parties contractantes appliquaient entre elles le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121). Une décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de

l'annexe II précitée avec effet au 1^{er} avril 2012, en prévoyant, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles 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, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1). Conformément à la jurisprudence constante, compatible avec les dispositions transitoires contenues à l'art. 87 du règlement n° 883/2004, le droit éventuel à des prestations se détermine ainsi selon l'ancien droit pour la période antérieure au 1^{er} avril 2012 et selon le nouveau droit dès ce moment-là (application pro rata temporis; ATF 130 V 445; également déterminantes en ce qui concerne l'entrée en vigueur des règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 : ATF 140 V 98 consid. 5.2, 139 V 88 consid. 4 et 138 V 533 consid. 2.2).

Cela étant, tout comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, 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 257 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004 qui est similaire à l'art. 3 al. 1 de l'ancien règlement n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

4.

En l'espèce est litigieuse la question de savoir si la recourante a droit à une augmentation de sa demi-rente d'invalidité accordée depuis le 1^{er} août 2007, l'assurée faisant valoir une aggravation de son état de santé.

5.

5.1 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable.

5.2 Aux termes de l'art. 87 al. 3 RAI, lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit alors commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. Par

contre, si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause pour déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2).

5.3 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une modification peu importante de l'état de fait peut aussi donner lieu à une révision, dans la mesure où elle justifie le passage à un échelon de rente différent (ATF 133 V 545). Par contre, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et réf. cit.). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RÜEDI, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 15).

5.4 Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de loi, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. C'est donc la dernière décision entrée en force, aboutissant, après un examen matériel, à une modification du droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2.3).

5.5 L'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) prévoit que si la capacité de gain de la personne assurée ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable, l'art. 29^{bis} RAI s'appliquant toutefois par analogie (al. 2). Si la capacité de gain de l'assuré s'améliore, ce

changement n'est de règle générale déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où il a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1, 2^{ème} phrase).

5.6 Au vu de l'art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI, l'augmentation de la rente prend effet, au plus tôt si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée.

5.7 En l'occurrence, le TAF constate que l'OAI est entré en matière sur la demande de révision de l'assurée du 1^{er} septembre 2011, les médecins du SMR ayant admis que l'assurée a mis en évidence une aggravation de l'état de santé (cf. avis médical de la Dresse G. _____ du 10 mai 2013 [AI pce 68]).

Ainsi, la question de savoir si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification importante (cf. consid. 5.4) doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 6 décembre 2007, au moment de la décision initiale (AI pce 24), et ceux qui ont existé le 18 novembre 2014, au moment de la décision querellée (AI pce 90), la date de la décision contestée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen du TAF en tant qu'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 2.1 et 121 V 366 consid. 1b).

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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI).

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 (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

6.2 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. 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; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le degré d'invalidité.

6.3 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

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 à compter de l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004, indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 10 al. 1 du règlement n° 1408/71 [ATV 130 V 253 consid. 2.3] et art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

7.

7.1 D'après le principe inquisitoire qui régit la procédure devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2 ci-dessus), le TAF 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

7.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

7.2.1 Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal 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 prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification

médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits par la personne assurée – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

7.2.2 S'agissant des rapports des médecins traitant, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins à prendre parti pour leur patient en raison du lien de confiance, inhérent au mandat thérapeutique, qui les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc p. 353 et les références). Toutefois, ce fait ne libère pas le Tribunal de son devoir d'apprécier correctement les preuves et il doit également prendre en considération les rapports versés par la personne assurée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4.1).

8.

8.1 En l'espèce, lors de l'octroi de la demi-rente d'invalidité par décision du 6 décembre 2007, l'autorité inférieure disposait des rapports médicaux suivants :

- le rapport médical du 23 mai 2002 de la Dresse B._____, neurologue, qui pose le diagnostic de sclérose en plaques (AI pce 20 pp. 5 s.),

- le rapport médical du 27 juillet 2007 du Dr C._____, médecin de famille, qui observe une sclérose en plaques, une hypothyroïdie ainsi qu'un lumbago chronique. Il atteste des incapacités de travail de 100% du 19 au 27 août 2006 et du 20 septembre au 1^{er} octobre 2006 ainsi que de 50% depuis le 2 octobre 2006 (AI pce 17),
- le rapport médical du 20 septembre 2007 de la Dresse B._____ qui pose comme diagnostics une sclérose en plaques depuis 2002, un état dépressif d'intensité variable, une hernie discale L5-S1 opérée à 24 ans et un mélanome excisé dans le dos en septembre 2004. Elle note qu'au plan de la sclérose en plaques, la patiente ne présente pas de séquelles fonctionnelles en dehors de troubles sensitifs et des douleurs neurogènes mais qu'il existe une importante fatigabilité en raison de la maladie et de son traitement. Comme limitation fonctionnelle elle indique une limite de charge de 5 kg (AI pce 20).

Dans le dossier de l'administration se trouvait également un questionnaire pour l'employeur, rempli et signé le 30 avril 2007, faisant notamment état des différentes incapacités de travail de l'assurée depuis 2004 (AI pce 4).

Invité à se prononcer sur les rapports médicaux, le SMR a conclu le 2 octobre 2007 que l'assurée présente une incapacité de travail de 50% depuis le 15 août 2006 en raison d'une sclérose en plaques et d'une grande fatigabilité y résultant (AI pce 21).

8.2 Pour la décision du 18 novembre 2014 querellée, l'OAIE s'est principalement basé sur le rapport d'expertise du 15 avril 2014.

Le Dr L._____, médecin interne, le Dr M._____, neurologue et la Dresse N._____, psychiatre et psychothérapeute, ont retenu comme atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail une sclérose en plaques et des lombosciatalgies après cures de hernies discales. Comme atteinte n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, ces experts décrivent un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques (F 68.0), une hypothyroïdie substituée, une panniculite de Weber-Christian, un status post excision d'une tumeur bénigne du sein droit, un status post excision d'un mélanome du dos, un status post fracture traumatique de la mâchoire, une endométriose, un déficit isolé en reconnaissance visuelle et des perturbations attentionnelles discrètes dans des tâches saturées en facteurs exécutifs. Comme limitations fonctionnelles, les médecins notent des difficultés de déplacement en raison des lombosciatalgies et de

l'atteinte neurologique centrale ; elle présente également des difficultés liées aux douleurs d'origine centrale et aux troubles sensitivomoteurs. Selon les experts, l'incapacité de travail de l'assurée reste de 50% dans son activité habituelle ou dans une autre activité. Les incapacités sont vraisemblablement restées à un taux de 50 % sans changement significatif depuis l'apparition des troubles. Les experts notent également qu'il n'y a pas d'aggravation de la composante centrale des troubles (AI pce 77 pp. 26 s.).

La Dresse G. _____ a confirmé dans son avis du 3 juillet 2014 les conclusions de l'expertise (AI pce 80).

9.

9.1 En premier lieu, comparant les différents diagnostics présents en 2007 et 2014, le Tribunal relève que l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis 2007, l'assurée ayant subi des interventions au niveau lombaire et cervical en 2009, 2010 et 2013 et présentant depuis octobre 2010 une panniculite idiopathique (cf. notamment rapport du 14 novembre 2011 du Dr E. _____ [AI pce 44]). Dans ce sens, l'on ne peut pas prétendre que la situation médicale de la recourante est restée superposable (pour exemple : AI pce 80). Cependant, il se pose la question de savoir si ces modifications de l'état de santé ont eu des conséquences notables – aussi quant à leurs durées (cf. consid. 5.5 ci-dessus) – sur la capacité de gain de l'assurée (cf. consid. 5.1, 5.3 et 5.4 ci-dessus). Cette question est litigieuse entre les parties. Sur le plan médical, il s'agit de déterminer si l'incapacité de travail de l'assurée, dépendante de ses limitations fonctionnelles, a subi une modification importante. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé (cf. ATF 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

9.2 L'assurée fait grief que le rapport d'expertise du 15 avril 2014 ne présente pas une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 7.2.1 ci-dessus). Elle argue que le rapport ne repose ni sur une anamnèse complète, ni sur une étude approfondie de son dossier et que les conclusions des experts sont incompréhensibles voire contradictoires.

9.3

9.3.1 S'agissant de ses atteintes lombaires et cervicales, la recourante soutient pour l'essentiel, s'appuyant sur les avis du Dr K._____, neurochirurgien FMH, que le rapport d'expertise minimise l'aspect chirurgical tant lombaire que cervical et qu'au vu des limitations fonctionnelles y résultant, s'ajoutant aux troubles liés à la sclérose en plaques, elle est en incapacité de travail totale.

Dans son rapport du 9 septembre 2014 (AI pce 83 p. 5), le Dr K._____ décrit les différentes interventions chirurgicales que l'assurée a subies en 2009, 2010 et 2013 ainsi que leurs suites. Il note que l'évolution actuelle montre l'apparition d'une discopathie inflammatoire au niveau L3-L4, du côté contro-latéral et qu'à l'IRM l'on retrouve une discopathie inflammatoire de type Modic I. Il observe de plus que les symptômes sont de plus en plus invalidants sous forme de blocages lombaires itératifs. Ce médecin fait également état de séquelles de souffrance médullaire avec une faiblesse des quatre membres et des troubles sphinctériens. Il rapporte que l'assuré ne répond que mal au traitement mis en place y compris aux opiacés et au port d'une ceinture de soutien et que le traitement médicamenteux est limité en raison d'une paniculo-folliculite qui a, à chaque fois, été aggravée par l'agression des chirurgies subies.

Le 16 décembre 2014 (TAF pce 1 annexe 25), prenant position sur le rapport d'expertise du 15 avril 2014, le Dr K._____ note que l'expertise passe sous silence l'intervention du 26 avril 2010 pour une myélopathie cervicale, l'assurée ayant subie une décompression avec stabilisation C5-C6-C7. Le médecin indique que suite aux différentes interventions, l'assurée présente une symptomatologie douloureuse axiale qui diminue de façon importante son endurance. Selon le Dr K._____, elle a en particulier de la peine à maintenir les postures, ne peut pas rester assise de façon prolongée et ne peut pas rester dans la même posture devant un ordinateur sans que cela provoque après 15 à 20 minutes des douleurs importantes dans la ceinture musculaire cervico-scapulaire. L'usage d'une souris d'ordinateur augmente encore cette difficulté. L'assurée ne peut pas non plus maintenir des postures statiques impliquant un piétinement sur place par exemple. Le port de charges, la marche sur terrain accidenté, les situations en déséquilibre sont tous impossibles.

9.3.2 Le Tribunal constate que les experts ont eu connaissance des différentes interventions chirurgicales par le biais du compte rendu opératoire du 13 juin 2013 du Dr K._____ (pp. 3 et 21 du rapport d'expertise [AI pce 77]), qu'ils en ont fait état dans leur rapport (pp. 17, 21 du rapport) et que les parties corporelles concernées ont fait l'objet d'un

examen clinique (cf. pp. 14 s. et 21 s. du rapport). Toutefois, l'intervention du 26 avril 2010 pour la myélopathie cervicale n'a effectivement pas été retenue, à tort, dans le diagnostic (p. 26 du rapport) et elle n'est pas non plus évoquée dans la synthèse et la discussion (pp. 21 à 25). De plus, il est critiquable que les experts n'ont pas eu à leur disposition les imageries médicales (actuelles) et qu'ils n'ont pas pratiqué à leurs défaut eux-mêmes de tels examens (cf. p. 20 du rapport d'expertise, contrairement à la p. 22).

Dès lors, il existe des doutes que la description des limitations fonctionnelles ainsi que l'appréciation de la capacité résiduelle de travail par les experts ne tiennent pas compte de tous les problèmes de santé de l'assurée. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles observées par les experts sont très peu explicitées et spécifiées par rapport à l'activité professionnelle exercée par l'assurée, contrairement aux remarques détaillées du Dr K._____.

9.3.3 La recourante critique également que les experts ne se sont pas prononcés sur les incapacités de travail temporaires précédant et suivant les interventions chirurgicales. C'est effectivement à tort que les experts ne se sont pas déterminés sur ces incapacités de travail temporaires bien que celles-ci ne soient pas déterminantes pour les années 2009 et 2010 en vertu de l'art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI cité (consid. 5.6), la recourante ayant formulé sa demande de révision le 1^{er} septembre 2011 seulement.

Ainsi, l'appréciation « globale » des experts de l'incapacité de travail de l'assurée de 50%, qui, selon eux, est vraisemblablement restée inchangée, ne peut pas être suivie.

9.4 Quant à la panniculite chronique idiopathique dont l'assurée souffre depuis octobre 2010 (AI pce 44), le Tribunal constate que les experts ont omis de prendre position sur les incapacités de travail attestées par les médecins traitants, allant du 18 février 2011 (rapport du 12 septembre 2012 du Dr E._____ [AI pce 53]) au 20 août 2012 (réponses du 27 novembre 2012 du Dr E._____ [AI pce 63]), alors qu'ils ont eu connaissance de tous les rapports médicaux topiques (cf. pp. 3, 5 et 7 s., 13 s., 21 du rapport d'expertise) et qu'ils ont retenu ce diagnostic dans leur rapport (p. 26). A ce sujet il sied notamment de relever que le Dr E._____, médecin interne du service de dermatologie et vénéréologie, a rapporté des difficultés à porter des charges, à maintenir la position assise, à se pencher et à se concentrer ainsi que des effets secondaires du traitement (nausées et fatigue ; AI pces 44 et 53) ; le Dr C._____, médecin de famille, a noté

une asthénie et adynamie importante (AI pces 39 ; cf. aussi AI pce 47 p. 2).

De nouveau, le Tribunal ne saurait suivre l'incapacité de travail formulée d'une manière globale par les experts.

9.5

9.5.1 Sur le plan psychique, la recourante prétend que les diagnostics retenus ne correspondent pas aux éléments relevés par les experts lors de leur examen.

Cependant, les experts ont reconnu que l'assurée présente des troubles psychiques, notamment un trouble anxieux et dépressif mixte (cf. p. 23 et 26 du rapport) qui tient compte des éléments invoqués par la recourante dans son recours et expressément relevés par l'expert psychiatre (cf. pp. 7 à 9 [données subjectives], 15 s. [examen clinique] et 23 à 25 [discussion] du rapport d'expertise). En outre, dans la discussion de la situation actuelle, l'expert explique en détail les raisons pour lesquelles il ne retient pas une diminution de la capacité de travail de l'assurée pour des raisons exclusivement psychiques (cf. pp. 11 à 13, 23 et 24 du rapport). Ses conclusions sont convaincantes et, du reste, corroborées par les rapports des 13 décembre 2012 et 8 septembre 2014 du Dr J._____, psychiatre de l'assurée, qui ne pose aucun diagnostic et n'atteste aucune incapacité de travail (AI pces 65 et 83 p. 3).

9.5.2 L'assurée soutient en outre qu'il est incompréhensible que ses troubles cognitifs aient été mentionnés par les experts comme sans répercussion sur la capacité de travail.

Or, les experts expliquent que les perturbations cognitives constatées lors de l'examen – retenues dans le diagnostic comme déficit isolé en reconnaissance visuelle et perturbations attentionnelles discrètes dans des tâches saturées en facteurs exécutifs (p. 26 du rapport) – sont limitées et légères. Ainsi, dans un contexte où la grande majorité des fonctions testées sont normales, les experts concluent que ces troubles ne justifient pas une limitation de la capacité de travail de l'assurée (p. 23 du rapport). Les explications des experts étant compréhensibles et cohérentes, l'argument de la recourante est infondé.

9.6 En résumé, le Tribunal constate que le rapport d'expertise ne remplit pas les conditions jurisprudentielles mentionnées sur le plan somatique (cf. consid. 7.2.1 ci-dessus).

9.7 S'agissant de l'incapacité de travail totale attestée par le Dr K. _____ (AI pce 83 p. 5 et TAF pce 1 annexe 25), le Dr I. _____, neurologue (AI pces 64, 83 p. 4) et le Dr C. _____, médecin de famille (AI pces 39, 47, 57), le TAF ne pourra pas non plus les retenir, ces médecins ne pouvant notamment pas se prononcer valablement sur tous les problèmes de santé de l'assurée, ceux-ci dépassant le cadre de leurs spécialités réciproques.

9.8 En conclusion, il sied de remarquer que l'examen et l'appréciation de l'état de santé de l'assurée ne sont ni complets ni probants.

10.

10.1 Au vu de ce qui précède, il appert que la décision contestée a été rendue sur la base d'une instruction du dossier incomplète ce qui constitue une violation du droit fédéral (cf. art. 49 let. b PA). Il sied donc d'admettre le recours partiellement, d'annuler la décision contestée et de retourner le dossier à l'autorité inférieure en vertu de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle en complète l'instruction et rende une nouvelle décision.

10.2 Le renvoi est indiqué en l'espèce compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral bien que la procédure soit soumise à l'exigence de la célérité comprise dans l'art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101 ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1, 3.2 et 3.3). En effet, la Haute Cour a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction 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'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En outre, il sied de considérer que selon la jurisprudence, il n'est pas souhaitable de transférer l'activité d'expertise de l'administration au niveau judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.2). En l'espèce, le renvoi de l'affaire s'avère nécessaire, l'instruction de l'affaire étant incomplète sur le plan somatique.

Concrètement, compte tenu de la multitude des troubles dont l'assurée souffre et du fait que la dernière expertise date de novembre/décembre 2013 déjà, il appartiendra à l'OAIE de mettre en œuvre une nouvelle expertise multidisciplinaire (aussi psychiatrique) afin d'actualiser la situation ; à ce sujet, il respectera les règles de procédure introduite par le Tribunal fédéral pour renforcer le droit de participation de l'assurée (cf. ATF 137 V 210, cf. également le circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur la procédure dans l'assurance-invalidité, CPAI). Le Tribunal laisse le soin à l'autorité de décider si une expertise rhumatologique, telle que demandée par la recourante, ou éventuellement une expertise orthopédique est également indiquée. Sur le plan somatique, les experts devront notamment se prononcer sur les éléments soulevés par le Dr K. _____ dans ses rapports des 9 septembre et 16 décembre 2014 et sur son appréciation de la capacité de travail de la recourante ainsi que sur des éventuelles incapacités de travail passagères survenues en raison des interventions chirurgicales, de la panniculite idiopathique et de ses traitements. L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

10.3 Eu égard à ce qui précède, le Tribunal remarque que la mise en place d'une expertise judiciaire, telle que réclamée par la recourante, ne s'impose pas.

11.

Il reste à examiner les questions des frais de procédure et des dépens.

11.1 Vu l'issue de la présente procédure, la recourante ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence, une partie est considérée comme ayant obtenu entièrement gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée – comme en l'espèce – à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de 400 francs versée (cf. TAF pces 4 à 6), sera restituée à la recourante une fois le présent arrêt entré en force.

Par ailleurs, aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA).

11.2 L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les

honoraires du représentant sont fixés, 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.

En l'espèce, il apparaît dès lors équitable d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 2'800.- (frais compris; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF), à charge de l'OAIE. Il est rappelé que la TVA n'est pas due sur des prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (cf. art. 1 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] ; arrêts du TAF C_738/2010 du 20 août 2012 consid. 8.2, C-6983/2009 du 12 avril 2010 consid. 3.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis partiellement et la décision du 18 novembre 2014 annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais versée par la recourante, s'élevant à 400 francs, lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

L'OAIE versera à la recourante une indemnité à titre de dépens de 2'800 francs.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

Les indications des voies de droit se trouvent à la page suivante.

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :