

BVGer C-1511/2019 vom 2. März 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1511_2019

FR: TAF C-1511/2019 du 2 mars 2021

IT: TAF C-1511/2019 del 2 marzo 2021

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 1.1

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral 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 s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

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). Aussi est-il compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision du 26 février 2019 et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

E. 1.3

Domiciliée en France voisine, la recourante doit être qualifiée de frontalière, si bien que la procédure d'instruction de la demande de prestations de l'assurance-invalidité a à bon droit été menée par l'office AI du canton de Genève et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 RAI).

E. 2.1

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 ; Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Il 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).

E. 2.2

Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié

juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 117 V 93 consid. 6b). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 218 consid. 2, 128 V 315, 121 V 365 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1, 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Au cas d'espèce, il y a donc lieu de s'en tenir aux faits survenus et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à la décision du 26 février 2019. Cela étant, 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. 3

Défini par les conclusions de la recourante, le litige porte exclusivement sur le droit de celle-ci à une rente d'invalidité, le droit à des mesures de réadaptation n'était pas contesté en procédure judiciaire (sur l'étendue de l'objet du litige, cf. Meyer/Von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif in Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, n° 11 ss p. 440 ss). Dès lors que l'assurée - après la décision négative du 11 avril 2003 excluant tout trouble invalidant, confirmée par jugement du Tribunal fédéral des assurances du 24 août 2005, et la décision de non entrée en matière du 1er février 2007 - a pu reprendre, chez H._____ une activité dans une mesure comparable à son activité initiale de lingère, la demande du 19 avril 2016 doit être traitée non pas sous l'angle de l'art. 87 al. 3 RAI, mais de la même manière qu'une demande initiale (TF 8C_801/2018 du 13 février 2019 consid. 4.1 et 8C_876/2017 du 15 mai 2018 consid. 4.1 ; TAF C-1075/2019 du 13 novembre 2020 consid. 2.2).

E. 4

S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un élément d'extranéité puisque la recourante, domiciliée en France, prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse pour y avoir cotisé. Dans ces circonstances, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Selon l'art. 17 LPGA -

applicable par analogie aux rentes dégressives ou limitées dans le temps (entre autres : TF 9C_704/2016 du 28 décembre 2016 consid. 2.2 et les références ; cf. ég. ATF 125 V 413 ; TF 9C_647/2017 du 12 janvier 2018 consid. 3 ; sur l'institution de la révision en général, cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3 p. 10 s.; 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ss; sur les situations à comparer, cf. ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss) - la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, l'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre.

E. 4.2

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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. 4.2.1

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; cf. également art. 59 LAI). S'agissant en particulier des douleurs et compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à en établir l'existence, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; cf. ég. ATF 141 V 574 consid. 4.1, 141 V 281 consid. 2, 140 V 290 consid. 3.3.1 et 130 V 396 consid. 5.3.2).

E. 4.3

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion

plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a p. 352; 122 V 157 consid. 1c et les références).

E. 4.4

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle 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). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. 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 cf. ATF 131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2).

E. 5

En l'occurrence, l'assurée comptait au moins trois années de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité ayant justifié sa demande de prestations du 19 avril 2016 (OAIE pce 94). Par ailleurs, il est établi que l'accident du 19 septembre 2015 a entraîné une invalidité complète à tout le moins jusqu'au mois de février 2017, de manière à fonder le droit à une rente entière du 1er octobre 2016 au 31 mai 2017 (art. 88a RAI). A cet égard, même si ces circonstances - admises de part et d'autre - n'ont pas lieu d'être développées outre mesure (s'agissant de la maxime de l'instruction et de ses corollaires, cf. consid. 2.1 ci-dessus et l'ATF 116 V 23 et réf. cit. ; s'agissant par ailleurs du pouvoir d'examen du tribunal saisi d'un cas de rente rétroactive et dégressive, cf. ATF 131 V 164 et 125 V 413), l'incapacité de travail et de gain subie par l'assurée du jour de l'accident au mois de février 2017 ressort clairement du dossier. Dans cet intervalle en effet, trois interventions chirurgicales ont été pratiquées au niveau du poignet gauche de l'assurée, à savoir les 22 septembre 2015 (OAIE pce 91 p. 328 à 333), 6 juillet 2016 (rapports des 20 mai et 14 septembre 2016, OAIE pces 98 et 115) et 18 janvier 2017 (rapports des 14 septembre 2016 et 18 janvier 2017, OAIE pces 115 et 126). Aussi le Dr I. _____ - chargé de ces opérations - atteste-il dans ses rapports successifs de la pleine incapacité de travail de cette dernière jusqu'au 14 février 2017, où une capacité résiduelle est pour la première fois reconnue de façon non-équivoque (cf. rapport des 20 mai 2016 et 14 février 2017, OAIE pces 98 et 126 ; certificats de septembre, octobre, décembre 2015 et février, mai 2016, OAIE pce 91 p. 318, 321, 326, 329, 331 et 332, pce 98). Quant aux autres médecins consultés, ils retiennent également de manière concordante la pleine incapacité de l'assurée jusqu'au mois de février 2017, depuis quand une capacité résiduelle est effectivement reconnue dans une activité adaptée (cf. en particulier rapport du 1er mars 2017, OAIE pce 133 ; cf. ég. OAIE pces 95 et 130 ainsi que pce 91 p. 320 et 330).

E. 5.1

Cela étant, seule demeure litigieuse la question du droit de l'assurée à une rente d'invalidité au-delà du 31 mai 2017. Singulièrement, cette dernière reproche à l'autorité inférieure d'avoir établi les faits de façon inexacte en se référant exclusivement aux rapports des médecins SMR et des médecins traitants pour retenir l'existence, dès février 2017, d'une amélioration de son état de santé entraînant la suppression au 31 mai 2017 de sa rente d'invalidité.

E. 5.2

On doit donner raison à la recourante. En tant qu'elle concerne la capacité résiduelle de travail de l'assurée, la décision attaquée renvoie essentiellement à l'avis du Service médical régional, soit aux rapports des Drs N. _____ et K. _____ des 20 mars 2018 et 1er mars 2017 (OAIE pces 133 et 182) ; 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 vraisemblance requis. 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_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 et réf. cit.). Or, en l'occurrence, l'état de fait médical n'apparaît pas à ce point dénué d'équivoque pour être tranché sur la base principalement d'appréciations documentaires de médecins rattachés à l'assurance. Il est vrai que les atteintes dont souffre l'assurée au niveau de la main gauche apparaissent établies au plan purement organique. Ainsi, tous les médecins consultés observent chez cette dernière une section du nerf médian du poignet gauche ayant donné lieu à une suture nerveuse, le Dr I. _____ évoquant en sus un probable névrome de proximité (entre autres, rapports du Dr I. _____ des 21, et 22 septembre 2015 et 10 mars 2017, pces 91 et 136 ; rapports de la Dre J. _____ des 4 mars et 2 mai 2016, OAIE pces 91 et 95 ; rapports SMR des 28 novembre 2016, 1er mars 2017 et 20 mars 2018, OAIE pces 121, 133 et 182). En revanche, les répercussions de cette atteinte sur les capacités fonctionnelles de l'assurée ne ressortent pas clairement du dossier. En particulier, si au niveau de la mobilité, de larges restrictions sont systématiquement constatées par les médecins consultés - à l'instar des médecins SMR, qui excluent en substance l'utilisation de la main gauche -, aucun rapport ne consigne de façon systématique et exhaustive les limitations dont souffre l'assurée. D'ailleurs, on peine à identifier précisément quels doigts de la main gauche sont concernés par une perte de mobilité, certains médecins évoquant les trois premiers doigts (rapport du Dr M. _____ de mai 2017, OAIE pce 168) lorsque d'autres ne semblent désigner que l'index (rapports du Dr

I. _____ du 20 mai et 14 septembre 2016, OAIE pces 98 et 115), respectivement l'index et le pouce (rapport du 10 mars 2017, OAIE pce 136). C'est en vain également que l'on recherche dans le dossier un document médical décrivant de manière circonstanciée les plaintes de l'assurée en relation avec cette atteinte de la main gauche. L'évolution des douleurs de l'assurée est certes décrite dans les correspondances successives du Dr I. _____ à l'intention de la Dre J. _____ (entre autres, rapports des 14 septembre 2016, 18 janvier et 19 mars 2017, OAIE pces 115, 126 et 136). La démarche de ce médecin s'inscrivait toutefois dans le traitement de la symptomatologie algique de sa patiente plus que dans l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail. En cela, on voit mal que ces rapports médicaux succincts permettent l'examen purement documentaire de la capacité de travail de l'assurée. En définitive, le dossier ne contient aucune évaluation clinique issue de l'examen personnel de la recourante et décrivant de façon suffisante les constatations cliniques pertinentes et les plaintes exprimées par cette dernière. Une telle appréciation apparaissait pourtant d'autant plus nécessaire que l'assurée présente un syndrome de fibromyalgie avec abaissement du seuil douloureux (expertise du Centre d'observation médicale D. _____ du 30 septembre 2000, OAIE pce 31). Or, cette atteinte est susceptible d'avoir une incidence sur la symptomatologie liée à la lésion du nerf médian, si bien qu'une description précise du status clinique se présente ici au premier plan. Ne résultant pas non plus de l'examen personnel de la recourante et ne comportant aucune discussion relative à la nature des douleurs relayées, les appréciations des médecins SMR retenues à la base de la décision attaquée ne sauraient dès lors se voir reconnaître une valeur probante suffisante. Il s'ajoute à cela que les rapports des Drs N. _____ et K. _____ des 1er mars 2017 et 20 mars 2018 ne contiennent pas d'appréciation circonstanciée de l'état de santé de l'assurée et de sa capacité de travail et de rendement. A l'inverse, les médecins SMR - qui ne sont au demeurant pas spécialisés dans les disciplines médicales ici pertinentes - se bornent à renvoyer aux conclusions retenues au début de l'année 2017 par le Dr I. _____, qui reconnaissait alors à l'assurée une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (rapport du février 2017, OAIE pce 126). Or, cet avis a été articulé quelques semaines seulement après l'opération du 18 janvier 2017, à savoir lorsque les effets de celle-ci étaient encore incertains (cf. rapport du Dr I. _____ du 4 avril 2019, TAF pce 8 annexe 13). Partant, on ne saurait raisonnablement admettre que cette évaluation par le médecin traitant de la capacité de travail de sa patiente suffise à conclure à l'amélioration notable de l'état de santé de cette dernière. D'ailleurs, en procédure judiciaire, le Dr I. _____ a précisément expliqué que l'opération du 18 janvier 2017 n'a pas eu d'« impact sur l'amélioration de la capacité de gain de [l'assurée] avec une situation qui s'est péjorée avec exclusion complète de la main » (TAF pce 8 annexe 13). Aussi ce chirurgien orthopédique excluait-il dans son dernier rapport du 4 avril 2019 la capacité de l'assurée à travailler, quelle que soit l'activité envisagée (TAF pce 8 annexe 13). De là, l'évaluation par les Drs N. _____ et K. _____ de la capacité résiduelle de travail de l'assurée n'apparaît pas convaincante.

E. 5.3

Dans ces conditions, on doute que les conclusions des médecins SMR retranscrivent fidèlement les capacités de l'assurée en relation avec ses troubles de la main gauche. On peut en outre regretter que la Dre N. _____ ne s'attarde pas davantage sur la problématique liée aux troubles de l'attention et du sommeil. Comme l'explique ce médecin, il est vrai qu'il ne s'agit pas là de circonstances entièrement nouvelles, dans la mesure où les symptômes caractéristiques de ces troubles avaient déjà été observés lors de l'instruction de la demande du 28 novembre 2000 (cf. en particulier rapport d'expertise du

Centre d'observation médicale D. _____ du 30 septembre 2002, OAIE pce 31). Il n'en demeure pas moins que l'incidence de ces atteintes sur la capacité de travail devait être examinée dans le contexte de la nouvelle demande de l'assurée (consid. 3 ci-dessus ; ATF 141 V 9 consid. 2.3 et TF 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2).

E. 5.4

En définitive, en présence de doutes quant à la fiabilité des conclusions des médecins SMR, il n'est en l'état pas possible d'établir l'état de santé de l'assurée et, par conséquent, de se prononcer sur le droit à la rente. Aussi le dossier doit-il être complété par la mise en oeuvre d'une instruction visant à établir la capacité résiduelle de travail de l'assurée compte tenu de l'ensemble de ses atteintes. A cette fin, la cause sera renvoyée à l'autorité précédente. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, celle-ci s'est en effet contentée de provoquer une appréciation documentaire de des médecins SMR, qui ont éludé les problématiques au cas d'espèce décisives (consid. 5.1 ci-dessus). Aussi une telle façon de faire doit-elle être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4.). Singulièrement, pour établir la capacité médico-théorique de l'assurée dans le cadre de sa demande du 19 avril 2016, l'OAIE, au besoin avec le concours de l'office cantonal d'invalidité compétent, mettra en oeuvre - en Suisse et dans le respect de l'art. 72bis RAI (art. 81 du règlement (CE) n° 883/2004) - une expertise médicale comprenant les volets orthopédique et neurologique, ainsi que toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.2).

E. 6

Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision attaquée étant confirmée en ce qu'elle alloue une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2016 du 31 mai 2017 (consid. 5 ci-avant) et annulée en tant qu'elle supprime le droit de l'assurée à une rente dès le 1er juin 2017.

E. 7.1

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 (TAF pces 3 et 4).

E. 7.2

Selon l'art. 64 al. 1 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations (art. 14 al. 1 FITAF). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2e phrase FITAF). 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 équitable d'allouer à la recourante, à charge de l'OAIE, une indemnité de dépens fixée à Fr. 2'800.- (frais compris; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF). (le dispositif se trouve sur la page suivante)

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