

# **BVGer C-2616/2009 vom 7. Juli 2011**

Bundesverwaltungsgericht, 2011-07-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2616\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2616_2009)

FR: TAF C-2616/2009 du 7 juillet 2011

IT: TAF C-2616/2009 del 7 luglio 2011

## **Regeste**

Assurance-invalidité (AI)

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Le Tribunal 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]).

### **E. 1.2**

La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable (art. 3 let. dbis PA en relation avec art. 37 LTAF). Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge pas (art. 1 al. 1 LAI).

### **E. 1.3**

X. \_\_\_\_\_ 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).

### **E. 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, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

### **E. 2**

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal saisi 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; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-6034/2009

consid. 2 du 20 janvier 2010 et C-3055/2006 consid. 3.2 du 5 février 2006; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; Moser/Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e édition. Zurich 1998 n. 677).

### **E. 3.1**

L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, 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 (RS 0.831.109. 268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

### **E. 3.2**

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'une ressortissante de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

### **E. 4.1**

Les dispositions de la LPGA sont applicables en matière d'assurance-invalidité si et dans la mesure où la LAI le prévoit (art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

### **E. 4.2**

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de préciser que le 1er janvier 2008 les modifications de la LAI introduites par la 5ème révision sont entrées en vigueur (RO 2007 5129). Eu égard au 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), le droit à la rente s'examine pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 à la lumière des anciennes normes et, à partir de ce moment, des nouvelles dispositions. Selon les directives transitoires de la 5ème révision de la LAI (cf. Office fédéral des assurances sociales [OFAS]; la 5ème révision de l'AI et le droit transitoire, Lettre circulaire n° 253 du 12 décembre 2008) si l'incapacité de travail a débuté après le 1er janvier 2007 la rente peut être versée après un délai d'attente d'une année à condition que la demande de rente ait été

présentée jusqu'au 31 décembre 2008. Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes: - être invalide au sens de la LPGA/LAI et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins une année (art. 36 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), respectivement, à compter du 1er janvier 2008, durant trois années au total (nouvel art. 36 al. 1 LAI), dont au moins une en Suisse, auprès d'une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE; FF 2005 p. 4291; art. 45 du règlement 1408/71 et art. 36 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008). En l'occurrence, la recourante qui a travaillé pendant de nombreuses années en Suisse remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'intéressée peut être qualifiée d'invalide au sens de la loi.

#### **E. 6.1**

A titre liminaire, il sied de rappeler à la recourante que le degré d'invalidité d'une personne assurée qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (cf. consid. 3.1 ci-dessus). Partant, l'attestation du Dr E. \_\_\_\_\_ du Ministère de la Santé du 14 mai 2007 qui certifie un taux d'incapacité permanente et globale de 80% (AI pce 17), ne lie pas les autorités suisses.

#### **E. 6.2**

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 4 al. 1 LAI). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Selon l'assurance-invalidité suisse, la notion d'invalidité est donc de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques liées à une atteinte à la santé sont assurées. Ainsi, le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. En Suisse, l'invalidité n'est pas non plus déterminée selon les tables d'invalidité (appréciation médico-théorique; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité de l'Office fédérale des assurances sociales, CIIAI, chiffre 3003).

#### **E. 6.3**

La rente d'invalidité est échelonnée. 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% 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. 1 LAI dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2008 et art. 28 al. 2 LAI depuis cette date). Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1ter LAI dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2008 et art. 29 al. 4 LAI depuis cette date) ou sur le sol d'un Etat membre de la Communauté européenne pour les ressortissants de celle-ci (depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002).

#### **E. 6.4**

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, texte en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la

jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 22 consid. 2; 99 V 99; 96 V 44). Selon le nouvel art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente 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; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; - au terme de cette année il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins.

### **E. 6.5**

D'après l'art. 48 al. 2 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

### **E. 7.1**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être adapté. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique/économique (cf. consid. 6.2 ci-dessus), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c). Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le juge des assurances sociales s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

### **E. 7.2**

L'administration ou le juge peut mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et qu'elle a la certitude, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, que ces dernières ne peuvent l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Cependant, cette conclusion ne peut être tirée qu'avec beaucoup de retenue (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 et Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurich 1999, n° 450 p. 212 s.). Une telle manière de procéder ne viole alors pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28; ATF 122 V 157 consid. 1.d).

### **E. 7.3**

Le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

### **E. 8.1**

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 respectivement art. 28a al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008). Quant aux assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative, l'invalidité est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (art. 5 al. 1 LAI, art. 28 al. 2bis LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 respectivement art. 28a al. 2 LAI en vigueur depuis cette date, art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA).

### **E. 8.2**

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (Pratique VSI 3/2001 p. 155 consid. 3c). En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillé en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1, ATF 128 93). Si on peut admettre qu'en raison de circonstances liées au domicile à l'étranger d'un assuré, l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels soit effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié, encore faut-il que le praticien mandaté à ce titre se détermine de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par la personne concernée, en

principe après entretien avec cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-5517/2007 du 5 janvier 2010 consid. 12.4.1; C-5593/2008 du 29 septembre 2010 consid. 11.5).

### **E. 8.3**

Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode ordinaire de la comparaison des revenus, méthode spécifique, méthode mixte) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il y a lieu d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 et I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse; pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral I 276/05 du 24 avril 2006, ATF 129 V 150 consid. 2.1 et les références citées).

### **E. 9.1**

Dans le cas concret, l'OAIE estime que X. \_\_\_\_\_ ne présente pas d'invalidité selon le droit suisse. Son médecin, le Dr H. \_\_\_\_\_, se base d'une part sur le rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 12 juin 2008 qui mentionne le diagnostic du carcinome du sein gauche et qui décrit le traitement y relatif (AI pce 20). Le médecin AI se réfère également au questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 17 juin 2008 dans lequel l'assurée a indiqué n'avoir besoin d'aide extérieure que pour environ 2 heures par semaine. Or, lors de la procédure d'audition, l'assurée informe souffrir, depuis la mastectomie, de son bras gauche et être considérablement limitée dans l'accomplissement des tâches ménagères. A son appui, elle verse des déclarations de la Dresse I. \_\_\_\_\_, de sa soeur et de sa voisine (AI pces 31 et annexe et 32) et fait valoir ne pas avoir correctement compris le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage n'étant pas de langue maternelle française. La déclaration médicale du 17 février 2009 de la Dresse I. \_\_\_\_\_ qui sans poser de diagnostic fait état des limitations fonctionnelles de l'assurée dans l'accomplissement des tâches quotidiennes, ne peut pas, sans doute, bénéficier de la valeur probante décrite par la jurisprudence susmentionnée (cf. consid. 7.1 ci-dessus) et ne constitue pas une base suffisante pour justifier une incapacité de travail de l'assurée. Incontestablement, les déclarations de la soeur et de la voisine de l'assurée ne prouvent pas non plus une incapacité de la recourante. Mais, notamment la déclaration de la Dresse I. \_\_\_\_\_ instaure des doutes, aussi parce qu'elle provient d'un médecin du ministère de la Santé qui n'est pas lié à l'assurée par un rapport de confiance particulier et parce que les limitations fonctionnelles après ablation du sein sont souvent observées. De surcroît, il faut donner raison à la recourante que l'on ne

peut déduire du rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 12 juin 2008 (AI pce 20) que l'assurée ne souffre pas de limitations fonctionnelles du fait que cet oncologue ne les mentionne pas, le Dr G. \_\_\_\_\_ n'ayant pas été invité à se déterminer à ce sujet, pas plus qu'il n'a évalué la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Son rapport a été rédigé dans le cadre exclusif du suivi du traitement du cancer. Les mêmes raisons valent pour le rapport du 11 juillet 2007 de la Dresse F. \_\_\_\_\_, oncologue, qui, l'année précédente, a décrit le suivi du traitement (AI pce 18). Enfin, l'attestation du 14 mai 2007 du Dr E. \_\_\_\_\_ qui confirme un taux d'incapacité permanente et globale de 80% en raison d'une tumeur maligne d'après la table nationale (AI pce 17), n'apporte pas non plus d'éléments sur les limitations fonctionnelles invoquées par la recourante. D'ailleurs, le Tribunal ne pourra pas retenir le taux d'incapacité attesté, en Suisse, l'invalidité n'étant pas fixée d'après une appréciation tabellaire (cf. considérant 6.2 ci-dessus). Au vu de ces incertitudes quant aux limitations fonctionnelles de l'assurée, l'appréciation de l'OAIE repose sur une constatation incomplète des faits médicaux. Pour cette raison, l'enquête ménagère qui, de plus, n'a pas été menée par une personne habilitée, mais qui se fonde uniquement sur le questionnaire rempli par l'assurée elle-même, ne peut pas non plus bénéficier de la valeur probante décrite par la jurisprudence (cf. consid. 8.2). Il paraît en outre vraisemblable, en cas de doute, que l'assurée n'a pas compris de manière suffisamment claire les questions posées. Les réponses données par l'assurée dans le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage (AI pce 8) et dans le questionnaire à l'assuré (AI pce 9) étant pour le moins fortement succinctes, elles se limitent la plupart du temps à des "oui" et à des "non", ne peuvent pas démontrer le contraire. En raison de ces incertitudes constatées, l'OAIE ne pouvait pas, conformément à la jurisprudence citée (cf. consid. 7.2), refuser de procéder à un examen complémentaire demandé par l'assurée pour la première fois lors de la procédure d'audition. Cette procédure vise par ailleurs à garantir aux assurés le droit d'être entendu dont l'offre de preuve et, comme corollaire, l'obligation de l'autorité à procéder à l'administration des preuves, font partie (cf. FF 2005, p. 2908 ad. art. 57a LAI et ATF 122 V 157 consid. 1d).

### **E. 9.2**

L'OAIE a retenu que l'éventuelle invalidité de l'assurée devait être déterminée selon la méthode spécifique. L'assurée n'a pas contesté ce point de vue et a indiqué dans le questionnaire à l'assuré être femme au foyer depuis 2005 (AI pce 9). Or, il appert du dossier que l'assurée a travaillé depuis 1980 jusqu'en 2003 presque sans interruption (extraits du compte individuel, TAF pce 18). L'assurée a notamment continué à travailler après la naissance de son premier fils en avril 1990, par contre, en raison du faible salaire assuré retenu, vraisemblablement de façon réduite. Après la naissance de son deuxième fils en mars 2003, elle a touché des prestations de l'assurance chômage. C'est seulement à partir de la fin de ces prestations, en avril 2005, qu'elle est devenue femme au foyer. Elle avait alors 43 ans. Une année après, le cancer du sein a été diagnostiqué. Conformément à la jurisprudence citée ci-dessus (cf. consid. 8.3), il appartiendra à l'OAIE de déterminer si l'assurée aurait repris une activité professionnelle si elle n'était pas tombée malade et si oui, à partir de quand et à quel taux d'occupation. Cette question déterminante pour décider du statut de l'assurée et de la méthode d'évaluation de l'invalidité n'a pas été suffisamment élucidée.

### **E. 9.3**

En conclusion, l'affaire sera renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction au sens des considérants ci-dessus.

### **E. 10.1**

Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 300.- déjà versée par la recourante lui sera restituée.

### **E. 10.2**

Selon les art. 64 al. 1 PA et art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) - applicable en l'espèce en vertu de l'art. 53 al. 2 in fine LTAF - la partie ayant obtenu gain de cause obtient 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, le travail accompli par le représentant de la recourante en instance de recours a consisté principalement dans la rédaction d'un recours de 16 pages, accompagné d'un bordereau de 9 pièces, et d'une réponse de 2 pages. L'affaire n'ayant pas été d'une difficulté particulière, il se justifie, eu égard à ce qui précède, de lui allouer une indemnité à titre de dépens de Fr. 2'000.- à charge de l'OAIE. (dispositif à la page suivante)

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