

BVGer C-3533/2008 vom 16. Februar 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-02-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3533_2008

FR: TAF C-3533/2008 du 16 février 2010

IT: TAF C-3533/2008 del 16 febbraio 2010

Regeste

Evaluation de l'invalidité

Erwägungen

E. 1.1

En application de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE. Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

E. 1.2

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

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable quant à la forme.

E. 2

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. 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 Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. 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, 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, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, Alfred Kölz / Isabelle Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. 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'un ressortissant 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. 3.3

La décision litigieuse est datée du 29 avril 2008. S'agissant du droit applicable, il convient donc encore de préciser que le 1er janvier 2008 les modifications de la LAI introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e 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), si le cas d'assurance survient avant le 1er janvier 2008, ce sont les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 qui s'appliquent. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). En l'espèce, la recourante a déposé une demande de prestations AI le 9 février 2006, qu'elle a complétée en mars 2006, se prévalant d'une atteinte à la santé ayant pris naissance en juillet 2005. Partant, les dispositions topiques sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2007 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C-48/2009 du 28 avril 2009 consid. 4).

E. 4

Selon les normes en vigueur à l'époque des faits déterminants, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: - être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA et 4, 28, 29 al. 1 LAI), - compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si et dans quelle mesure elle est invalide.

E. 5.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

E. 5.2

Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

E. 5.3

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. 1 LAI).

E. 5.4

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité de gain 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 ss). 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 21 consid. 2; ATF 99 V 98 consid. 1; ATF 96 V 42 consid. 1). Le délai d'attente selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa teneur au 1er janvier 2004 ; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

E. 5.5

Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

E. 6.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

E. 6.2

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. C'est l'administration qui doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 22 consid. 4a, ATF 109 V 25; Jürg Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, no 38 ss p. 320). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2).

E. 6.3

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

E. 7.1

En l'espèce la décision litigieuse est consécutive à la détermination du Dr K. _____ du SMR qui lui-même se réfère essentiellement à l'avis des experts, soit un spécialiste en médecine générale et médecine du travail et un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie tel qu'exprimé dans leur rapport en juin 2007. La recourante, quant à elle, oppose le point de vue de ces médecins traitants, urologue, oncologue et généraliste. Toutefois, eu égard au principe jurisprudentiel qui veut que le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurich 1997, p. 230) et à la divergence consacrée à ce sujet par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêts I 676/05 du 13 mars 2006 consid. 2.4, I 783/05 du 18 avril 2006 consid. 2.2, U 58/06 du 2 août 2006 consid. 2.2, I 835/05 du 29 août 2006 consid. 3.2, I 879/05 du 27 septembre 2006 consid. 3.3, I 633/06 du 7 novembre 2006 consid. 3, I 113/06 du 7 mars 2007 consid. 4.4), il faut admettre que les différents rapports fournis pas le Prof. O. _____, les Drs Q. _____ et R. _____ ou encore le Dr L. _____, tous alléguant d'une incapacité totale, puis en procédure de recours, pour le Prof O. _____ et le Dr R. _____ de 50%, ne sont pas véritablement probants, faute d'une motivation circonstanciée, puisqu'ils ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et n'expliquent pas pourquoi l'atteinte à la santé entraîne une absence totale de capacité de travail ou une diminution de 50% au moins. Seul le Prof O. _____ motive un tant soit peu sa prise de position. Selon lui, il doit être tenu compte lors de l'évaluation de la capacité professionnelle, outre les soins que la recourante doit s'auto-prodiguer pour sonder sa néo-essence, du contexte psychologique, psycho-affectif et émotionnel séquellaire au traitement. Ce faisant, ce médecin perd de vue que ces éléments ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. En effet, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2. avec les références). Par exemple, ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 1999 p. 247 consid. 1, Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b). Pour qu'un état psychologique puisse occasionner une incapacité de travail durable, il doit être d'une intensité sévère et diagnostiqué comme tel par référence à une classification internationale reconnue et par un médecin possédant une spécialisation en psychiatrie (cf. ATF 124 V 209 consid. 4b, ATF 132 V 65 consid. 3.4). Or,

l'expert psychiatre écarte très clairement la possibilité d'une atteinte psychique ayant une valeur invalidante tout en admettant une certaine vulnérabilité narcissique qui ne répond pas selon lui à la nosologie d'un trouble de la personnalité au sens de la classification internationale des maladies. Les antécédents professionnels et familiaux ainsi que sa situation actuelle sont effectivement difficiles. Il note que contrairement à ce qu'elle affirme en se plaignant de manière outrancière, elle possède les ressources psychiques nécessaires. Il en veut pour preuve qu'elle assume intégralement son ménage, vit de manière indépendante, peut écrire des livres, effectuer des promenades et rencontrer des gens. L'assurée reste bloquée dans une attitude de revendication excessive. Selon l'expert, il y a trop d'inconvénients pour elle à reprendre une activité professionnelle, vu son déconditionnement social. Il relève également la nouvelle blessure narcissique subie par l'assurée du fait des conséquences peu gracieuses de son cancer de la vessie. Il pense néanmoins qu'elle ne déploie pas tous les efforts dont elle est capable pour surmonter les conséquences de son cancer. Il estime que d'un point de vue psychique, la capacité de travail est de 100% soit huit heures par jour dans son ancien emploi de secrétaire.

E. 7.2

D'un point de vue somatique, le Prof O. _____ soutient que la recourante doit se sonder plusieurs fois par jour en milieu adéquat, environ chaque deux à trois heures (rapport du 26 septembre 2007) ensuite il n'indique plus ni la fréquence, ni la durée (rapport des 27 février et 26 novembre 2008 et du 11 juillet 2009). Le Dr L. _____ affirme lui "plusieurs fois par jour et par nuit" dans son attestation du 7 avril 2008, puis il avance toutes les deux heures dans sa prise de position du 11 juin 2008. Les Drs Q. _____ et R. _____ font état d'auto-sondages réguliers. L'expert en médecine générale et médecine du travail n'est pas plus explicite puisqu'il se contente de dire que les conséquences "vraisemblables" des traitements suivis par la recourante pour son cancer de la vessie ont clairement une répercussion sur son rendement, qu'il estime diminué de 30%. Le Dr K. _____ quant à lui démontre dans sa détermination du 11 mars 2008 de manière chiffrée que cette réduction du rendement intègre largement le temps nécessaire aux soins et sondages, puisqu'une occupation à 100%, à raison de huit heures par jour avec un rendement de 70%, laisse à l'assurée 144 minutes par jour pour procéder à la vidange de sa vessie, soit 36 minutes toutes les deux heures.

E. 8

La Cour de céans ne voit pas de raison de s'écarter du volet psychiatrique de l'expertise contestée qui a été menée dans les règles de l'art et dans le respect de la jurisprudence précitée. Concernant, le volet somatique, son avis est plus réservé. Il est vrai que l'argument chiffré du Dr K. _____ pour justifier la réduction proposée par les experts paraît convaincant dans la mesure où, d'une part, il ressort d'autres pièces du dossier que la catétérisation de la vessie artificielle a lieu en moyenne une fois toutes les 4 heures (pce 135 du 7 novembre 2005 des Prof. M. _____ et Dr N. _____ du S. _____ du T. _____) et que les auto-sondages sont réalisés facilement par la patiente (pce 138 du 18 janvier 2008 du Prof. O. _____ et des Drs Q. _____ et R. _____ du service d'urologie du T. _____) et que, d'autre part, le calcul du Dr K. _____ n'est pas contredit par le Prof O. _____ dans ses deux déterminations ultérieures, mais on ne sait cependant si celui-ci en a réellement eu connaissance. Cependant, la Cour de céans remarque aussi que le médecin ayant effectué l'expertise somatique, le Dr I. _____ n'est pas titulaire d'une spécialisation en urologie ou en oncologie. Or, selon la jurisprudence fédérale, la valeur probante d'une

expertise médicale spécialisée dépend de la question de savoir si un expert dispose de la formation correspondante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2). La qualification du médecin consulté joue un rôle considérable dans l'appréciation d'une expertise, raison pour laquelle on attend qu'il possède les titres prouvant sa compétence ou qu'au moins le médecin qui vise le rapport les détient (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 779/01 du 16 octobre 2002 consid. 4.1). Ce qui n'est pas le cas en l'espèce, de sorte que cela jette un doute sur la totalité de l'expertise puisque les conclusions sont déduites d'un consilium interdisciplinaire. Pour être complet, il sied encore de relever que dans leur rapport du 23 mai 2006, la Dresse P. _____ et le Dr D. _____ étaient également d'avis que l'ancienne activité de la recourante était exigible à 50%, à raison de quatre heures par jour.

E. 9.1

Vu ce qui précède, si une capacité résiduelle de travail reste vraisemblable, le TAF doit constater qu'il ne possède pas les éléments clairs pour se faire une opinion déterminée de la mesure de cette capacité. Partant, il se justifie d'annuler la décision du 29 avril 2008, d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'autorité intimée afin qu'elle mette en oeuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire intégrant l'avis d'un urologue indépendant et d'un oncologue, avant de prendre une nouvelle décision.

E. 9.2

S'il subsiste une capacité de travail, la nouvelle décision devra également se fonder sur une comparaison des revenus. En effet, si l'ancienne activité est toujours partiellement exigible, il faut procéder à une comparaison statistique puisqu'elle a pris fin pour des raisons qui sont sans rapport avec les problèmes de santé de la recourante, et se prononcer au sujet d'une application d'un abattement approprié (Leidensabzug) sur le revenu d'invalidité afin de l'établir de manière à ce qu'il corresponde le mieux à l'activité lucrative pouvant encore être exigée de l'assurée, compte tenu de sa capacité de travail résiduelle et des particularités du cas d'espèce (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.1 et 6.2), comme par exemple les conséquences que le taux d'occupation ou la nature de l'handicap peut avoir sur le salaire (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). Dans ce contexte, l'autorité intimée devra également tenir compte du fait que les experts se sont prononcés en faveur d'une activité à raison de huit heures par jour ce qui ne correspond pas à un horaire usuel à 100%; de même la Dresse P. _____ et le Dr D. _____ estiment l'ancienne activité exigible à 50%, à raison de quatre heures par jour, ce qui n'est pas conforme aux heures effectuées habituellement à mi-temps.

E. 10

Pour terminer et compte tenu des revendications de la recourante qui semble considérer ses cotisations à l'AI suisse comme autant de versements d'épargne privée lui permettant d'exiger des prestations, il n'est pas inutile de brièvement rappeler que l'assurance-invalidité est basée sur le principe de la solidarité actuarielle. Ce fondement de solidarité, propre à toute assurance sociale, signifie que "plusieurs personnes indépendantes les unes des autres, réunies en collectivité, rassemblent des fonds dans le but commun, lorsque survient un événement précis à définir, d'aider l'un de ses membres en couvrant le dommage subi." (Gabriela Riemer-Kafka, La solidarité, toile de fond des assurances sociales, Sécurité sociale [CHSS] 2/2007, p. 59). L'AI vise à couvrir un risque défini juridiquement qui, une fois qu'il se réalise, donne droit à une prestation prévue par la loi qui peut-être fournie soit partiellement soit totalement. Le financement de cette assurance se base principalement sur

la capacité économique de l'assuré (par le biais, la plupart du temps, de cotisations salariales). Le seul fait d'avoir participé au financement du risque ne suffit pas pour toucher des prestations, il faut encore que les autres conditions prévues par la loi (cf. consid. 5.5, l'invalidité est une notion juridico-économique) soient satisfaites, ce qui n'est pas encore établi en l'espèce.

E. 11.1

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. 400.-- déjà versée par la recourante lui sera restituée sur le compte bancaire qu'elle aura désigné, une fois le présent arrêt entré en force.

E. 11.2

Il reste à examiner la question des dépens relatifs à la procédure devant l'autorité de céans. Les art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. 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. Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). 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 quatre pages accompagné d'un bordereau de six annexes, de quatre demandes de prolongation de délai, d'une écriture complémentaire d'une page avec trois annexes, d'un nouveau complément de six pages avec deux annexes et d'une réplique d'une page avec une annexe. 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.

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