

BVGer C-4184/2008 vom 8. Juli 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-07-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4184_2008

FR: TAF C-4184/2008 du 8 juillet 2009

IT: TAF C-4184/2008 del 8 luglio 2009

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - 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'OAIE concernant l'assurance-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 étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

E. 2

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, entré en vigueur le 1er juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681) - dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Conformément à l'art. 3 al. 1 du règlement du 14 juin 1971 (CEE) N° 1408/71 du Conseil, les personnes, qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

E. 3.1

En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, 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. 3.2

La recourante est particulièrement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Elle a, partant, qualité pour

recourir.

E. 3.3

Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai (cf. pces 2 et 11 jointe au recours) et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), il est entré en matière sur le fond du recours.

E. 4

S'agissant du droit applicable, il convient de préciser qu'à partir du 1er janvier 2008 (RO 2007 5129; FF 2005 4215) la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5ème révision), 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). Par conséquent, 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-là, des nouvelles.

E. 5

La recourante a présenté sa demande de rente le 24 novembre 2006. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoit que 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. Concrètement, le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 24 novembre 2005 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 14 mai 2008, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).

E. 6.1

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse: être invalide au sens de la LPGA/LAI et avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins une année, respectivement trois années entières à compter du 1er janvier 2008 (art. 36 al. 1 LAI).

E. 6.2

En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 18 années au total (cf. pce 3 p. 5) et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

E. 7.1

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. 7.2

Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, 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 [art. 28 al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008]). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI (art. 29 al. 4 à partir du 1er janvier

2008) - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant de l'UE et y réside.

E. 7.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir 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 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c). Depuis le 1er janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

E. 7.4

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 de lui 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. 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 dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

E. 8

La recourante a travaillé en Suisse à compter du 1er juillet 1987 auprès d'un garage en qualité d'aide comptable frontalière d'abord et dans le service du personnel ensuite. Elle a cessé son activité le 4 novembre 2005 pour des raisons de santé. Or, la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI (art. 28a al. 1 LAI à compter du 1er janvier 2008), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 de travail équilibré.

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 9

En l'espèce, il est établi que la recourante souffre essentiellement de fibromyalgie, de maigreur, d'un syndrome fémoropatellaire bilatéral sur chondromalacie et d'un trouble anxio-dépressif. Par voie de conséquence, eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

E. 10

L'art. 69 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) 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. Les Offices AI peuvent convoquer les assurés à un entretien, la date de celui-ci devant leur être communiquée dans un délai approprié (art. 69 al. 3 RAI dans sa nouvelle teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2008). Le Tribunal des assurances 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 352 consid. 3a et réf. cit.).

E. 11

Dans l'arrêt ATF 130 V 352, le Tribunal fédéral des assurances (TFA, aujourd'hui Tribunal fédéral) a précisé la jurisprudence prévoyant que les troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). Le TFA a, en outre, considéré que la fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATF 132 V 65 consid. 4.3; cf. P. A. BUCHARD, "Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie ?", in: Revue médicale de la Suisse romande 2001, p. 443, spécialement p. 446; cf. aussi MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: SCHAFFAUSER/SCHLAURI [éd.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St-Gall 2003, p. 64 n. 93). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du

droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 précité, consid. 2.2.2). Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (arrêt N. précité consid. 2.2.3; ULRICH MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : RENÉ SCHAUFFHAUSER/FRANZ SCHLAURI (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 64 s., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 s.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et réf. cit.; ATF 130 V 352 précité consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c i. f.). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 précité, consid. 2.2.3 i. f.; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés au considérant 2.3.2 ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. ATF 130 V 352 précité consid. 2.2.4).

E. 12.1

En l'espèce, l'OAIE s'est fondé sur le rapport d'expertise du 29 février 2008 du CEMed et sur les prises de position de son service médical et a ainsi retenu une pleine capacité de

travail de la recourante. L'Office a considéré que les atteintes diagnostiquées, en particulier la fibromyalgie, n'étaient pas invalidantes et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. La recourante a argué avoir été reconnue invalide à 100% par la sécurité sociale française. Elle a en outre estimé que son dossier n'avait pas été instruit à satisfaction, que l'importance de l'atteinte psychique a été mésestimée, que les troubles neurologiques n'ont pas été pris en compte et que les répercussions concrètes des atteintes à sa santé sur sa capacité de travail ont été sous-estimées. La recourante a ainsi expressément conclu à l'annulation de la décision entreprise et à la constatation de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, voire, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 12.2

A titre liminaire, il sied de rappeler que le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (cf. supra 2). Contrairement à ce que soutient implicitement la recourante, la décision de la sécurité sociale française ne lie donc pas les autorités suisses. Quand bien même le diagnostic de troubles somatoformes douloureux, respectivement de fibromyalgie, est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie pour apprécier l'atteinte et ses effets est essentiel, du fait que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2; ATF 132 V 72 consid. 4.3). En principe, l'administration, ou le juge en cas de recours, ne s'écarte pas sans motifs des conclusions d'une expertise (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa). L'autorité de céans constate que, dans notre occurrence, il existe une contradiction entre le rapport d'examen médical du 6 mai 2006 de la Dresse N._____, laquelle diagnostique un état dépressif et conclut à une incapacité de travail entière de l'assurée, et le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 février 2008 des Drs I._____ et F._____ du CEMed, qui estiment que la fibromyalgie et le trouble dépressivo-anxieux dont souffre la recourante ne seraient pas invalidants. Il conviendrait certes de donner préséance au rapport du CEMed, puisqu'il est postérieur et émane notamment d'un spécialiste en psychiatrie. L'autorité de céans relève toutefois que, sur le plan psychiatrique, les conclusions des experts du CEMed sont assorties de réserves expresses ("n'atteint probablement pas une sévérité suffisante" et "le traitement en cours paraît donc adéquat"). Il sied de noter, ensuite, que les appréciations médicales apparaissent pêle-mêle dans ledit rapport, sans que l'on puisse dire si elles proviennent du rhumatologue ou du psychiatre. Enfin, l'évaluation strictement psychiatrique du rapport d'expertise est par trop succincte, puisqu'elle se résume à une brève anamnèse (pce 33 p. 10 i. m.), à une analyse (p. 18 i. m.) et à une appréciation médicale d'une demi-page chacune (p. 23 i. f. et 24 i. i.), à savoir en tout et pour tout une page et demie sur 29. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation clinique de la recourante ne sont donc pas suffisamment claires sur le plan psychique et les conclusions de l'expert psychiatre ne sont pas motivées de manière satisfaisante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a). Il convient de relever, au surplus, que les Drs J._____, psychiatre, et D._____, généraliste, constatent tous deux, dans leurs certificats respectivement des 6 et 8 juin 2008 (pce 9 et 10 jointes au recours), une dégradation de l'état de santé de la recourante sur le plan de l'humeur. Ces certificats médicaux sont certes postérieurs à la décision attaquée, mais se réfèrent très vraisemblablement à une période également antérieure au 14 mai 2008. L'existence d'une comorbidité psychiatrique, notamment, ne peut donc être exclue sur la base du rapport du CEMed avec une vraisemblance suffisante, eu égard à ce qui précède (cf. ATF 130 V 352

consid. 2.2.3). Or, conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge en cas de recours est tenu d'ordonner une instruction complémentaire lorsque certains aspects médicaux doivent être clarifiés (ATF 117 V 283 consid. 4a).

E. 12.3

Le recours doit, partant, être partiellement admis, en ce sens que la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAIE, afin que celui-ci prenne une nouvelle décision après avoir procédé à une expertise psychiatrique (détaillée), neurologique et rhumatologique, ainsi qu'à tout autre examen nécessaire (art. 61 PA).

E. 13

Après le dépôt du recours, la partie recourante a demandé à s'exprimer oralement devant le tribunal et, le cas échéant, à faire entendre quelques témoins. Au vu de l'issue de la présente procédure, aux termes de laquelle il s'avère nécessaire de procéder à un complément d'instruction du point de vue médical, les moyens de preuves proposés par la recourante se révèlent inutiles. L'offre de preuves doit donc être rejetée. Il en va de même de la demande d'interrogatoire formulée par la recourante.

E. 14.1

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). Aucun frais de procédure n'est toutefois mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2 i. i. PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). Il n'est donc pas perçu de frais de procédure.

E. 14.2

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) - applicable en l'espèce en vertu de l'art. 53 al. 2 i. f. LTAF -, 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. En l'espèce, le travail accompli par le représentant de la recourante en instance de recours a consisté essentiellement dans la rédaction d'un recours de 15 pages, d'une réplique de 2 et 4 pages, ainsi que d'une écriture ampliative de 3 pages. Il se justifie, eu égard à ce qui précède, de lui allouer une indemnité à titre de dépens de Fr. 2'400.- à charge de l'OAIE.

E. 14.3

L'assistance judiciaire totale accordée à la recourante par décision incidente du 6 août 2008 n'a dès lors plus d'objet s'agissant de l'exonération des frais de procédure ni du remboursement de ses frais d'avocat.