

BVGer C-495/2009 vom 22. Oktober 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-10-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-495_2009

FR: TAF C-495/2009 du 22 octobre 2010

IT: TAF C-495/2009 del 22 ottobre 2010

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), 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'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). Dès lors, la Cour de céans est compétente 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

E. 1.4

En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 PA), et que l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée.

E. 2.1

L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), est entré en vigueur le 1er juin 2002. À 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 États (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 États membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

E. 2.2

Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États 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. 2.3

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

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 et réf. cit.). Les dispositions de la 5ème révision de la LAI, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1er janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007, s'examine à la lumière des anciennes normes.

E. 4

La recourante conteste la validité matérielle de la décision de l'OAIE du 5 février 2009, dans la mesure où elle prétend avoir droit à une rente entière d'invalidité ou, à titre subsidiaire, de degré inférieur.

E. 5

La recourante a présenté sa demande de rente le 12 décembre 2007. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI 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, la Cour de céans peut se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 12 décembre 2006 (douze mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 5 février 2009, 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

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 LPG/LAI et - avoir versé des cotisations à l'AI suisse durant au moins trois années (art. 36 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE), peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AI pendant plus d'une année (pce 32), et à l'assurance sociale espagnole durant plus de deux ans (pce 2), remplissant ainsi 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 al. 1 LPG, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 4 al. 2 LAI 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

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, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 2 LAI, dès le 1er janvier 2008). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI (art. 29 al. 4 LAI, dès le 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 LPG), n'est pas applicable lorsque l'assuré est un ressortissant suisse ou un ressortissant de l'UE et y réside.

E. 7.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à une rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (lettre a), ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 29 al. 1 let. a LAI s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible affectant la capacité de gain dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité/RAI, RS 831.201), l'art. 29 al. 1 let. b LAI 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 atteinte labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de

manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I 342/05 du 27 juillet 2005). 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, l'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 al. 1 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. 7.5

Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/04 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

E. 8.1

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 352 consid. 3a et les références).

E. 8.2

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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 les

références). En ce qui concerne les documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2).

E. 9.1

En l'espèce, la recourante a exercé en Suisse, dans les années 1973 à 1974, une activité dans le secteur hôtelier (blanchisserie), puis a été active en Espagne comme agricultrice. Toutefois, depuis 2003, bien qu'elle soit toujours affiliée aux assurances sociales espagnoles dans le régime des agriculteurs, elle n'a plus exercé d'activité lucrative.

E. 9.2

Par rapport au diagnostic, il ressort des pièces médicales au dossier et, en particulier, des expertises détaillées E 213 du Dr B._____, du 14 octobre 2002 (pce 12), et de la Dresse C._____, du 11 janvier 2008 (pce 24), médecins-conseil de l'INSS, ainsi que de la prise de position du Dr D._____, du 5 octobre 2008 (pce 26), médecin-conseil de l'OAIE, que la recourante souffre d'un status après la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche, d'un début de coxarthrose à droite, de lombalgies communes et d'un diabète mellitus de type 2. Vu le caractère unanime de ce diagnostic, qui n'est par ailleurs pas contesté par la recourante, la Cour de céans ne peut que l'approuver.

E. 9.3

En ce qui concerne les conséquences des affections diagnostiquées sur la capacité de travail, le Dr B._____ a relevé, dans son expertise E 213, que la recourante ne pouvait plus travailler comme agricultrice, mais qu'elle était à même d'exercer un travail moyennement lourd, à temps complet, pourvu qu'elle évite l'exécution de tâches impliquant de fréquents fléchissements, le soulèvement et le déplacement de charges, ainsi que la montée et la descente d'escaliers, et il a conclu qu'elle présente une incapacité de travail permanente totale, selon la législation espagnole, depuis le 3 septembre 2001. Dans l'expertise E 213 du 11 janvier 2008, la Dresse C._____, bien qu'elle ait posé le même diagnostic et formulé les mêmes restrictions à l'exigibilité que le Dr B._____, a observé que la recourante est capable d'exercer des activités légères adaptées à son état de santé à plein temps, concluant que l'incapacité de travail est permanente et totale depuis 2002 pour sa dernière activité d'agricultrice. De son côté, le Dr D._____ a établi une incapacité de travail, dans l'activité d'agricultrice, de 20% dès le 21 avril 2002, et de 70% dès le 31 mars 2003, tout en reconnaissant, à partir de cette dernière date, une pleine capacité de travail dans des activités légères dans les services personnels, dans le commerce de gros et de détail et des activités simples de bureau sans qualification spéciale, suivant ainsi l'avis de la Dresse C._____. Il a en effet mis en évidence que la limitation de la mobilité de la hanche gauche n'est plus compatible avec un travail dans l'agriculture. Tout en considérant aussi la légère limitation présente à la hanche droite et les douleurs lombaires sans atteinte fonctionnelle significative et sans troubles neurologiques radiculaires, il a conclu que ces affections ne sont pas incompatibles avec des activités de substitution légères.

E. 9.4

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate qu'aucun des médecins qui se sont exprimés dans la présente procédure, y compris ceux de l'INSS, n'a exclu la reprise d'une activité lucrative de substitution légère, et peut donc conclure, en accord avec l'avis exprimé par le Dr D. _____, que l'incapacité de travail de la recourante doit être estimée à 70% depuis le 31 mars 2003 pour l'activité d'agricultrice, tandis que sa capacité de travail est complète depuis cette date pour des activités adaptées.

E. 10.1

Selon l'art. 16 LPGA, 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 raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail (ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). S'agissant d'assurés résidant à l'étranger, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie entre la Suisse et leur pays de résidence, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son État de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse. Dans ces situations, les rémunérations retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

E. 10.2

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation), et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 cité consid. 5b/aa-cc). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

E. 11

Dans le cas présent, l'OAIE s'est fié aux données statistiques suisses et non à celles espagnoles (disponibles, contrairement à ce qu'avance l'autorité intimée, sur le site Internet de l'Institut national espagnol de la statistique: www.ine.es), lesquelles ne présentent pas, faute d'en connaître la méthodologie, la même fiabilité et représentativité que celles disponibles en Suisse (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 232/06 du 25 octobre 2006 consid. 4 et arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3053/2006 du 4 septembre 2008 consid. 10.2.2). Cela dit, cette manière de procéder est en principe correcte, l'important dans l'évaluation de l'invalidité étant que les deux termes de la comparaison, à savoir le revenu sans invalidité et le revenu d'invalide, soient équivalents, c'est à dire qu'ils se rapportent à un même marché du travail et à une même année de référence, comme il a déjà été exposé au considérant 10.1

(ATF 110 V 273 consid. 4d; arrêt du Tribunal fédéral I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4). Toutefois, en l'espèce, l'OAIE a retenu par défaut, afin établir le salaire de valide, la catégorie "horticulture". Or, à ce propos, le Tribunal fédéral a statué que le revenu statistique d'employés dans l'horticulture ne permet pas de déterminer le salaire de personnes exerçant la profession d'agriculteur à titre indépendant de façon suffisamment fiable, motif pour lequel il sied de se référer aux rapports agricoles publiés par l'Office fédéral de l'agriculture (OFAG), qui livrent des chiffres plus précis en la matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_335/2007 du 8 mai 2008 consid. 3.3.3). Dans le cas concret, la recourante n'a indiqué, dans le questionnaire pour agriculteurs indépendants (doc. 15), ni la surface totale du terrain utilisé aux fins de son exploitation et le nombre de personnes y occupées, ni la quantité d'animaux et de machines utilisées. On peut toutefois laisser ouverte la question puisque, même en procédant à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus d'après les données de l'OFAG (www.blw.admin.ch), la perte de gain qui en résulte est toujours inférieure à 40%.

E. 12.1

La recourante présente une incapacité de travail de 70% dans l'activité d'agricultrice indépendante, et ce depuis le 31 mars 2003, de sorte que le droit à la rente aurait pu naître une année après, soit en 2004, mais être reconnu seulement à partir de 2006 (cfr. consid. 5). Il est dès lors correct de se fonder sur l'année de référence 2006 pour la comparaison des revenus.

E. 12.2

Suivant le Rapport agricole 2007 de l'OFAG, le revenu moyen par 1.24 unités de main d'oeuvre familiale se montait à Fr. 52'915.- en 2006 (Tableau 17 de l'Annexe 16). Comme le revenu agricole indemnise le travail de 1.24 unités en moyenne et les fonds propres investis dans l'exploitation (Rapport, p. 54), et que seul le revenu du travail est relevant en l'espèce, il sied de déduire les intérêts sur le capital propre de Fr. 10'283.- (Tableau 17), ce qui donne un revenu de Fr. 42'632.-, soit Fr. 34'381.- par unité. En tenant compte d'un gain accessoire de Fr. 22'939.- par 1.24 unités (Tableau 17), soit Fr. 18'499.- par unité, il résulte un revenu total de Fr. 52'880.- par année ou Fr. 4'407.- par mois, montant qui correspond au salaire hypothétique de valide de la recourante.

E. 12.3

Pour le calcul du salaire d'invalidité, les activités retenues en un premier temps par l'OAIE, puis laissées de côté (doc. 27), peuvent être ici reprises, dans la mesure où elles correspondent à l'exigibilité formulée dans les expertises E 213 et par le Dr. D. _____ dans sa prise de position du 5 octobre 2008. Il s'agit d'activités simples et répétitives dans le domaine des services collectifs et personnels, du commerce de gros, du commerce de détail et des services fournis aux entreprises, avec des salaires mensuels respectifs en 2006, en fonction de quarante heures hebdomadaires, de Fr. 3'813.-, 4'244.- et 3'946.-, soit en moyenne Fr. 3'992.-, c'est-à-dire, en fonction de 41.7 heures par semaine (La Vie économique 12-2008, B 9.2), Fr. 4'162.-. Avec un abattement de 15%, eu égard aux circonstances personnelles de l'assurée, l'on obtient ainsi un salaire hypothétique d'invalidité de Fr. 3'538.- par mois. En procédant à la comparaison des salaires de valide et d'invalidité, selon la formule $[(4'407 - 3'538) : 4'407 \times 100]$, il résulte une perte de gain de 19.72%, soit un degré d'invalidité de 20%, lequel n'ouvre pas de droit à une rente d'invalidité suisse.

E. 13

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 14

Il est encore utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance 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 et réf. cit.). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (ATF 107 V 21 consid. 2c; RCC 1991 p. 333 consid. 3c, 1989 p. 325 consid. 2b, 1982 p. 34 consid. 2c).

E. 15

Selon l'art. 63 al. 1 PA, en règle générale, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours sont mis, dans le dispositif, à la charge de la partie qui succombe. En l'espèce, eu égard à l'issue du litige, les frais de procédure sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance du même montant, versée le 7 mai 2009. Conformément à 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 (dépens). Au vu de l'issue de la procédure, il n'est pas alloué d'indemnité à titre de dépens. En ce qui concerne l'OAIE, les autorités fédérales et, en règle générale, les autres autorités parties n'ont pas droit aux dépens (art. 7 al. 3 du Règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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