

# **BVGer C-5490/2007 vom 8. November 2010**

Bundesverwaltungsgericht, 2010-11-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5490\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5490_2007)

FR: TAF C-5490/2007 du 8 novembre 2010

IT: TAF C-5490/2007 del 8 novembre 2010

## **Regeste**

Evaluation de l'invalidité

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, 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), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

### **E. 1.3**

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). Partant, elle a qualité pour recourir. En outre, dans la mesure où il a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est recevable.

### **E. 2.1**

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, entré en vigueur le 1er juin 2002, sur la libre circulation des personnes, conclu entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Est également applicable 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). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) n°

1408/71, 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 (CEE) n° 1408/71).

## **E. 2.2**

S'agissant du droit matériel applicable, il convient de préciser, 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), que la présente cause est régie par la LAI et par son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. La décision litigieuse datant du 11 juillet 2007 et marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2), les modifications introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération.

## **E. 3**

En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

## **E. 4**

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, la recourante doit remplir cumulativement les conditions suivantes: être invalide au sens de la LPGA/LAI et avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations.

## **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 al. 1 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**

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 (let. a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la let. a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la let. b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, ATF 111 V 21 consid. 2b). 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% (chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI] de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], dans sa version valable dès le 1er janvier 2004; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 2/1998 p. 126 consid. 3c).

#### **E. 5.4**

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). 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 - 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 à l'assuré ressortissant suisse ou d'un pays membre de l'Union européenne qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'Union européenne.

#### **E. 6.1**

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi 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 du travail équilibré (méthode générale).

#### **E. 6.2**

Il y a lieu de relever encore que 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, et non la maladie en tant que telle. 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 apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; Revue à l'attention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 329 consid. 1c).

#### **E. 7.1**

Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b,

ATF 105 Ib 114; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPG), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). L'art. 69 RAI prescrit à cet égard 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. En outre, afin que soient vérifiées les conditions médicales du droit aux prestations, l'Office AI soumet les pièces nécessaires au service médical régional compétent (art. 69 al. 4 et art. 49 al. 1 RAI), lequel remet à l'Office AI un rapport écrit. Un tel rapport ne constitue pas un examen médical sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, mais un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. Il a de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPG et ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Quant aux rapports d'examen réalisés par le SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI, ils ne sont pas non plus des expertises au sens de l'art. 44 LPG et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Pour autant, leur valeur probatoire est comparable à celle des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_104/2010 du 27 juillet 2010 consid. 3.2.1 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées [passage non publié in ATF 135 V 254]). Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, si, en examinant une demande de prestations (art. 43 LPG), notamment en requérant l'avis du service médical régional, l'Office AI estime que les faits sont suffisamment élucidés, il n'a pas l'obligation de requérir des informations complémentaires, de recourir aux services d'un expert (art. 44 LPG) ou de soumettre l'assuré à l'examen du service médical régional. Par contre, une expertise doit être mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas. La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire. Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; Pierre Moor, op. cit., vol. II, ch. 2.2.6.5).

## **E. 7.2**

Il sied toutefois de préciser que les parties, particulièrement dans le domaine des assurances sociales, ont le devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire, ce qui les oblige à apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les

conséquences de l'absence de preuve. Ainsi, s'il appartient à l'autorité d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi, c'est avec le concours des parties intéressées qu'elle s'y emploie, celles-ci ayant l'obligation d'apporter toute preuve utile ou du moins tout élément de preuve propre à fonder ses allégations (art. 43 LPGA; art. 13 et art. 19 PA en relation avec art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [PCF, RS 273]; ATF 117 V 261, ATF 116 V 23, ATF 115 V 133 consid. 8a et les références citées, ATF 114 Ia 114 p. 127).

### **E. 7.3**

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n° 10 p. 28).

### **E. 8.1**

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, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

### **E. 8.2**

Le juge des assurances sociales, quant à lui, 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 citées).

### **E. 8.3**

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, 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 citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2). Quant aux 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 et les références citées et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATF 123 V 175 consid. 3d, ATF 122 V 157 consid. 1d). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

#### **E. 8.4**

Selon la jurisprudence, 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, 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, et apparaît en général justifié si l'administration 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. 9**

Il ressort des pièces au dossier qu'il y a lieu en l'espèce d'examiner la situation de la recourante sur le plan tant psychologique que somatique.

#### **E. 10**

Au niveau psychiatrique, quatre médecins ont fait allusion ou se sont prononcés sur l'état de l'assurée. Le Dr C.\_\_\_\_\_, omnipraticien et médecin traitant de la recourante, mentionne, dans son rapport du 26 juin 2003, qu'il a prescrit un traitement antidépresseur pour 28 jours, mais sans renouvellement d'ordonnance et sans proposer de prise en charge psychiatrique; le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin interniste et médecin consultant du COPAI, note pour sa part, dans son rapport du 10 novembre 2003, que la recourante montre toutes les caractéristiques d'un état dépressif majeur d'intensité moyenne, avec inhibition, tristesse et anxiété permanente; quant à la Dresse J.\_\_\_\_\_, intervenue lors de l'examen bidisciplinaire de l'assurée ordonné par le SMR, elle conclut, dans le rapport du 18 octobre 2004, que la recourante ne présente aucune pathologie psychiatrique invalidante; enfin, le Dr O.\_\_\_\_\_, généraliste ayant réalisé une expertise pour le compte de l'assurée, relève, dans son rapport du 6 octobre 2006, que cette dernière garde toutes les caractéristiques d'un

syndrome dépressif d'intensité légère en cours de restauration, avec asthénie persistante. Il convient de souligner d'emblée à cet égard, ainsi que cela ressort d'un arrêt du Tribunal fédéral du 31 août 2007 (I 65/07), que la Dresse J. \_\_\_\_\_, qui était chargée du volet psychiatrique de l'examen bidisciplinaire effectué le 22 septembre 2004, examen dont les conclusions ont été suivies par le SMR, puis par l'autorité inférieure dans la décision litigieuse, et qui a signé le rapport du 18 octobre 2004 avec le titre de psychiatre FMH, n'était, au moment de se prononcer sur la situation de la recourante, ni titulaire du titre dont elle se prévalait, ni au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal vaudois; elle n'a en effet obtenu le diplôme de médecin, ou la reconnaissance d'un diplôme de médecine étranger en Suisse, et le titre de médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qu'en 2009. Or, comme le fait valoir la juridiction fédérale dans la cause précitée, les irrégularités d'ordre formel liées à la personne de la Dresse J. \_\_\_\_\_ et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachent la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration, de sorte qu'on ne peut accorder une pleine valeur probante à l'appréciation médicale du 18 octobre 2004, à tout le moins sur le plan psychiatrique. Se trouve au dossier un second exemplaire du rapport du 18 octobre 2004 (OAI GE pce 37), identique au premier, mais dans lequel, sous les signatures des Dresses I. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ et la date du 18 octobre 2004, apparaissent les signatures des Drs R. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et S. \_\_\_\_\_, médecin-chef ad-interim, et la date du 16 février 2007; en outre, il n'est plus fait mention du titre de psychiatre FMH concernant la Dresse J. \_\_\_\_\_. D'après le timbre de l'OAI GE, ce dernier a reçu ce second exemplaire le 23 février 2007. Certes, le Dr R. \_\_\_\_\_ est au bénéfice du titre de médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie depuis 1986, de sorte qu'il aurait l'expérience nécessaire pour valider le rapport établi par la Dresse J. \_\_\_\_\_. Toutefois, cette contresignature ne saurait rendre au rapport du 18 octobre 2004 sa pleine valeur probante dans la mesure où elle est intervenue plus de deux ans après l'examen de l'assurée et la rédaction du rapport et qu'à ce moment-là, la Dresse J. \_\_\_\_\_ a agi en s'attribuant un titre qu'elle n'avait pas. On ne peut donc conclure sur cette base, comme le soutient ce médecin, que la recourante ne présente aucune pathologie psychiatrique invalidante. Ce d'autant plus que les trois autres médecins qui se sont exprimés sur l'état de santé psychologique de l'assurée font état de troubles de cet ordre. Cependant, étant donné qu'ils ne sont pas des spécialistes en psychiatrie et n'ont pas, en particulier, décrit de limitations de la capacité de travail de la recourante en raison de problèmes psychiques - à l'exception, dans une certaine mesure, du Dr O. \_\_\_\_\_ qui estime à 5% l'incapacité de travail en raison d'une asthénie persistante tout en retenant des limitations fonctionnelles sur le plan physique uniquement -, on ne saurait, non plus sur la base de leurs avis, par ailleurs peu cohérents, se prononcer sur l'état de santé psychologique de l'assurée et sur sa capacité de travail à cet égard.

## **E. 11**

Au niveau somatique, il est établi que la recourante souffre essentiellement de cervico-brachialgies bilatérales plus marquées à droite, dans le cadre d'un trouble de la statique cervicale, d'une discopathie protrusive modérée C5-C6 non compressive et d'une dysbalance musculaire, d'une épicondylite chronique bilatérale, d'un status après opération d'une épicondylite droite en janvier 2002, d'un status après cure de tunnel carpien gauche le 16 mars 2007, avec persistance de troubles sensitifs et d'un syndrome du tunnel carpien droit, ainsi que de lombalgies communes et d'une surdité bilatérale plus marquée à droite. Quant à la capacité de travail de A. \_\_\_\_\_ dans ce contexte, il sied de noter que parmi les documents versés en cause, nombreux sont ceux qui se sont prononcés à ce sujet, les avis

exprimés s'avérant concordants à certains égards et divergents à d'autres.

#### **E. 11.1.1**

Ainsi, le Dr B.\_\_\_\_\_, chirurgien spécialiste en orthopédie et traumatologie, et médecin traitant de l'assurée, note, principalement dans ses rapports du 22 novembre 2002 et du 26 juin 2003, que l'assurée est limitée dans l'utilisation de ses bras et de ses mains, qu'elle ne peut porter ou déplacer de charges, ni effectuer des mouvements, en particulier répétitifs, des membres et du dos, ou des travaux en hauteur. Sur cette base, il considère dans un premier temps que l'activité habituelle ne peut plus être exercée, tout en estimant que l'on pourrait améliorer la capacité de travail de la recourante au poste occupé jusqu'à présent ou dans le même domaine d'activité, en prenant des mesures; il juge par ailleurs qu'une activité adaptée à l'état de santé de l'assurée serait exigible dès le 1er janvier 2003, avec toutefois une diminution de rendement. Puis, le Dr B.\_\_\_\_\_ précise, dans un second temps, que l'incapacité de travail est de 100% dans le poste occupé en tant que travailleuse manuelle, et de 50% dans une activité adaptée, telle que standardiste. Le Dr C.\_\_\_\_\_, omnipraticien et également médecin traitant de l'assurée, rejoint pour l'essentiel les positions du Dr B.\_\_\_\_\_, puisqu'il conclut, dans ses rapports du 25 novembre 2002, à une incapacité de travail de 100% dès le 6 janvier 2002 dans l'activité habituelle, mais à une capacité de travail, avec toutefois une diminution de rendement, dans une activité adaptée, à savoir sans mise en jeu des avant-bras et du coude durant 8 à 10 heures d'affilée, sans port ou déplacement de charges et sans travaux en hauteur; il ajoute cependant, dans un second rapport du 26 juin 2003, qu'il ne peut se déterminer quant au moment et au taux de la reprise de travail.

#### **E. 11.1.2**

Pour leur part, les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin consultant du COPAI, et O.\_\_\_\_\_, généraliste et expert mandaté par la recourante, estiment que l'incapacité de travail est totale dans toute activité. Le Dr F.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 10 novembre 2003, souligne ainsi que même des activités manuelles très légères sont irréalisables et que tant le niveau de l'assurée, qui ne permet pas d'envisager une formation, que ses atteintes physiques, qui l'empêchent d'écrire et d'utiliser un clavier efficacement, la rendent inapte à une reconversion dans un secteur non manuel, avis que partage le Dr O.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 6 octobre 2006. Il y constate en effet une diminution notable de la force de préhension et de la mobilité des poignets et des mains, et relève que même sans tenir compte du niveau d'étude de l'assurée, une telle reconversion dans une activité non manuelle serait impossible car la recourante ne pourrait ni écrire plus de quelques mots, ni se servir d'un clavier sans ressentir aussitôt des douleurs. De son côté, le COPAI est également arrivé à la conclusion, dans son rapport du 18 novembre 2003, que la recourante ne pouvait être réinsérée dans le circuit économique ordinaire en raison de ses limitations physiques, soit une importante diminution de la mobilité des membres supérieurs (mobilité restreinte du membre supérieur droit et une utilisation rare, voire inexistante sauf comme aide, du membre supérieur gauche), un port de charges très limité (pas plus de 5 kg), une force insuffisante, de même qu'une résistance insuffisante des deux membres supérieurs, une difficulté à exécuter des mouvements répétitifs, due à l'apparition de douleurs dans les épaules, et une incapacité consécutive à obtenir un rythme de travail suffisamment rentable. S'agissant des possibilités d'envisager un autre secteur professionnel comme celui du tertiaire, le COPAI relève que cela reste illusoire au vu non seulement du niveau de compétences de l'assurée qui est insuffisant, mais également de ses atteintes

physiques qui limitent une grande partie des activités comme l'utilisation d'un clavier par exemple. Au surplus, les troubles auditifs à droite causeraient eux aussi des limitations, en particulier dans les capacités d'adaptation et d'apprentissage de l'assurée.

### **E. 11.1.3**

Enfin, dans le rapport d'examen du 18 octobre 2004 réalisé par le SMR et complété par celui du 28 mars 2007, les Dresses I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, retiennent les limitations fonctionnelles suivantes, liées à la cervicobrachialgie droite et aux pathologies touchant les membres supérieurs: pas de travaux exigeant une position du bras au-delà de 90°, pas de maintien des avant-bras sans appui, pas de mouvements répétitifs des coudes ou des poignets, pas d'activité des mains exigeant de la force ou une tension musculaire continue, pas de port de charges supérieures 5 kg, pas de travail à la chaîne et sollicitant l'ouïe. Les médecins concluent sur cette base à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès janvier 2002 et à une capacité de travail de 100% à partir du 1er janvier 2003 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ ajoutant que cette capacité est toutefois de 0% pendant un mois, suite à l'opération du tunnel carpien gauche le 16 mars 2007. La Dresse G.\_\_\_\_\_, interniste auprès du SMR, a suivi, dans ses avis du 19 octobre 2004 et du 9 mai 2007, ceux des Dresses I.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_.

### **E. 11.2**

Au regard de ces observations, il apparaît d'emblée que tant les médecins qui se sont exprimés à ce sujet que les responsables de l'observation professionnelle se rejoignent quant aux limitations fonctionnelles que subit la recourante en raison de son état de santé physique. De même, les avis sont concordants s'agissant de l'incapacité totale de l'assurée dans l'exercice de son activité habituelle, y compris pour le Dr B.\_\_\_\_\_, qui, quoique peu clair à cet égard dans ses rapports du 22 novembre 2002, finit par conclure, dans son dernier rapport du 26 juin 2003, à l'incapacité totale de la recourante dans le poste occupé en tant que travailleuse manuelle. Or, ainsi que cela ressort du dossier, la recourante exerçait l'activité d'ouvrière dans une fabrique de maroquinerie (piqueuse), activité impliquant à l'évidence des tâches pouvant être lourdes et exigeant en particulier des mouvements répétitifs des coudes et des poignets, de la force ou une tension musculaire dans les mains, sans appui des avant-bras, incompatibles avec les restrictions fonctionnelles décrites. Le Tribunal de céans considère dès lors, comme le soutiennent les médecins, les maîtres de réadaptation et le SMR, que la recourante n'est plus apte à poursuivre son activité habituelle, ou toute autre activité lourde ne tenant pas compte de ses limitations fonctionnelles, et ce dès le mois de janvier 2002, date de l'arrêt définitif de travail et de l'opération de l'épicondylite droite.

### **E. 11.3**

Si les limitations fonctionnelles dues à l'état de santé physique de la recourante et son incapacité totale dans son activité habituelle sont reconnues et font l'unanimité, force est de constater que les rapports versés au dossier diffèrent dans leur appréciation de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, qui tiendrait compte de ses limitations fonctionnelles. Devant la discordance de ces avis, il convient d'examiner la pertinence et la valeur de chacun au regard des lignes directrices posées par la jurisprudence, et de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

### **E. 11.3.1**

Au niveau médical, trois rapports en particulier ont été produits, un rapport d'expertise du Dr O. \_\_\_\_\_ du 6 octobre 2006 et deux rapports d'examen du SMR, l'un du 18 octobre 2004, l'autre du 28 mars 2007, réalisés par les Dresses I. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_. A titre liminaire, il sied de rappeler que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, ces deux derniers rapports, établis par le SMR conformément à l'art. 49 al. 2 RAI, s'ils ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA, n'en ont pas moins une valeur probatoire comparable, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (voir consid. 7.1). Or, si, au regard de ces exigences jurisprudentielles (voir consid. 8.2 et 8.3), tant le rapport du Dr O. \_\_\_\_\_ que ceux des Dresses I. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ remplissent pour l'essentiel les conditions requises, l'autorité de céans estime que les seconds de ces documents sont plus complets et plus motivés que le premier. En effet, ils contiennent une anamnèse actuelle générale, familiale, professionnelle, ostéo-articulaire, psychosociale et psychiatrique, de même qu'une anamnèse par système, notent les habitudes et la vie quotidienne de l'assurée, ainsi que ses plaintes, et rapportent les résultats des examens généraux, ostéo-articulaires et locaux, auxquels ont procédé les médecins spécialistes du SMR; ils tiennent compte en outre des rapports médicaux précédents, discutant en particulier ceux des Drs F. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, et se fondent sur l'étude du dossier radiologique. Enfin, les appréciations du cas au niveau ostéo-articulaire sont claires et méthodiques, celles du Dr O. \_\_\_\_\_ étant bien plus succinctes. A cela s'ajoute le fait que le Dr O. \_\_\_\_\_, outre qu'il est médecin généraliste, alors que les Dresses I. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ sont des spécialistes dans les différents domaines nécessaires à un examen complet de l'état de santé physique de l'assurée, est un expert mandaté par la recourante, et que dans cette mesure, l'on doit considérer qu'il peut être enclin, en cas de doute, tout comme le médecin traitant, à prendre parti pour le patient qui le consulte (voir consid. 8.3). A cet égard, le Tribunal fédéral a maintes fois rappelé qu'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_657/2007 du 12 juin 2008 consid. 2.3; SVR 2008 IV N° 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références citées [arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007]; ATF 124 I 170 consid. 4). Tel n'est pas le cas en l'espèce puisque suite au rapport du Dr O. \_\_\_\_\_, le SMR a ordonné, dans un avis du 22 décembre 2006, un complément d'examen, effectué par la Dresse Q. \_\_\_\_\_, pour apprécier les nouveaux éléments mis en lumière par le Dr O. \_\_\_\_\_. En conséquence, il convient de donner préséance aux rapports des Dresses I. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_, également vis-à-vis des documents médicaux établis par les autres médecins consultés, plus sommaires, moins complets, motivés et précis, les Drs B. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ étant au demeurant des médecins traitants de la recourante et le Dr F. \_\_\_\_\_, un interniste, moins à même d'apprécier l'état de santé notamment ostéo-articulaire de l'assurée que les spécialistes en la matière.

### **E. 11.3.2**

Si les avis des médecins traitants de la recourante ne sauraient remettre en question les rapports des spécialistes consultés par le SMR, reste le rapport du COPAI du 18 novembre

2003 qui conclut, à l'opposé de l'avis des Dresses I.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, que la recourante ne peut être réinsérée dans le circuit économique ordinaire, en raison de ses limitations physiques. Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure un assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Ainsi, dans les cas où les appréciations d'observation professionnelle et médicale divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral I 540/03 du 10 novembre 2004 consid. 4.1).

#### **E. 11.3.2.1**

Pour déterminer l'étendue de la capacité résiduelle de travail de la recourante, l'autorité inférieure s'est appuyée sur le rapport du SMR du 19 octobre 2004 et s'est écartée des conclusions du COPAI. Pour ce faire, elle a soutenu, dans la décision litigieuse du 11 juillet 2007, que le SMR s'était basé sur un examen clinique bidisciplinaire effectué postérieurement à l'avis des responsables de l'observation professionnelle et que, contrairement à ces derniers qui prendraient en considération essentiellement les plaintes subjectives de l'assurée, les conclusions du SMR étaient fondées sur des constatations médicales objectives, qui n'auraient pas permis de mettre en évidence une justification médicale des observations du COPAI. L'OAIE a ainsi estimé que face à de telles divergences, il convenait de suivre l'avis objectif du SMR. Or, au vu des observations faites ci-avant, on constate tout d'abord que le rapport du COPAI et ceux des Dresses I.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, ainsi que les avis de la Dresse G.\_\_\_\_\_, du SMR, concordent en ce qui concerne la nature des limitations fonctionnelles présentées par la recourante. Certes, les responsables de l'observation professionnelle ont mentionné des facteurs d'incapacité de travail qui n'étaient pas directement liés aux capacités physiques de l'assurée: ainsi ont-ils tenu compte des capacités d'adaptation et d'apprentissage, de même que des capacités d'intégration sociale de l'assurée, notant que les capacités résiduelles de cette dernière n'étaient pas compatibles avec un emploi dans le circuit économique actuel également en raison de ses connaissances théoriques insuffisantes et de ses capacités d'apprentissage trop limitées. Toutefois, tant dans sa synthèse générale que dans ses conclusions spécifiques aux différents types de capacités observées (capacités physiques [motricité], d'adaptation et d'apprentissage [cérébralité], d'intégration sociale [affectivité]), le COPAI a à chaque fois précisé que les difficultés de la recourante étaient dues à ses limitations physiques, relevant que les capacités d'adaptation, d'apprentissage et d'intégration sociale permettraient, en elles-mêmes, un emploi dans le circuit économique normal si l'état de santé de l'assurée le lui permettait; il a également ajouté que les limitations dans les capacités d'adaptation et d'apprentissage étaient liées aux troubles auditifs à droite. En conséquence, et contrairement à ce que soutiennent le SMR et l'OAIE, on ne saurait considérer que les facteurs personnels constituent, dans l'appréciation du COPAI, des éléments prédominants par rapport aux autres causes directement liées aux capacités physiques de l'intéressée et que ces dernières causes sont négligeables en soi. Il convient de noter encore, à cet égard, que les responsables de l'observation professionnelle ne font pas état d'un manque d'efforts de la part de l'assurée ou d'une auto-limitation. Ils rapportent au contraire que, durant le stage d'observation, l'assurée était appliquée et a montré un intérêt pour les travaux proposés, de la curiosité et la volonté de bien faire, une participation active et une absence d'opposition. Ils relèvent également que dans des activités de type tertiaire, les rendements, de l'ordre de

70%, soit bien plus élevés que pour des travaux manuels, ont nécessité une importante suradaptation, car l'assurée sentait bien que c'était le seul domaine encore à sa portée, mais que ces efforts importants pour obtenir un résultat correct l'avaient finalement pénalisée dans la mesure où elle ne pouvait, à la suite de ces activités, recommencer tout de suite un autre exercice et que cela s'était même traduit par une journée d'arrêt de travail justifiée. Il sied d'ajouter encore qu'à part ce jour-là, la recourante n'a pas eu d'absence pendant les quatre semaines qu'a duré le stage d'observation et qu'elle n'est arrivée en retard qu'une seule fois, malgré la distance conséquente qu'elle devait parcourir chaque jour en train et en tram, entre son domicile et le CIP. On ne voit pas d'ailleurs, dans ce contexte, sur quels éléments s'est fondée l'autorité inférieure pour soutenir que l'assurée n'a pas entièrement coopéré lors des mesures professionnelles mises en place. Dans ces circonstances, l'appréciation de l'autorité inférieure, qui l'a conduite à écarter les conclusions des responsables de l'observation professionnelle car ils auraient pris en considération essentiellement des plaintes subjectives de l'assurée n'est pas soutenable. De même, n'est pas soutenable l'argument selon lequel les constatations médicales objectives fondant les conclusions du SMR n'auraient pas permis de mettre en évidence une justification médicale des observations du COPAI, dans la mesure où les Dresses I.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ont relevé des limitations fonctionnelles semblables à celles notées par les responsables de l'observation professionnelle, voire même plus étendues. Il s'avère dès lors en l'espèce que les informations recueillies à l'occasion du stage d'observation, loin d'être subjectives, complètent utilement les données médicales fournies par les médecins du SMR et qu'on ne saurait en faire abstraction.

#### **E. 11.3.2.2**

Ainsi, observant les mêmes limitations fonctionnelles, le COPAI a constaté l'impossibilité de réinsérer l'assurée dans le circuit économique ordinaire, alors que les médecins du SMR ont conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Or, si le COPAI, dont le stage d'observation avait pour but d'apprécier la capacité résiduelle réelle de l'assurée et de déterminer quelles activités professionnelles pouvaient encore être envisagées, a montré, concrètement, que la recourante n'était pas à même de mettre en valeur de manière significative cette capacité de travail résiduelle, il apparaît que ni les Dresses I.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, ni le SMR dans les avis de la Dresse G.\_\_\_\_\_, n'ont expliqué pourquoi, tout en retenant des limitations fonctionnelles correspondant à celles constatées par le COPAI, ils concluaient à l'opposé s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée. A cet égard, on peut relever que le SMR s'est contenté d'indiquer, déjà dans son avis du 8 janvier 2004 précédant l'examen bidisciplinaire, que « la capacité de travail exigible médicalement et déterminée objectivement par un examen SMR prime sur les appréciations faites lors du stage au COPAI (uniquement en cas de discordance), car l'évaluation lors d'un tel stage se fonde essentiellement sur des données subjectives démontrées par l'assurée ». A cela s'ajoute le fait que ni les Dresses I.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, ni le SMR n'ont donné d'exemple concret d'activité qu'ils estimaient adaptée à la situation de la recourante. Or, outre qu'en cas de divergence entre les appréciations d'observation professionnelle et médicale, il y a lieu de confronter les deux évaluations contradictoires conformément au principe de libre appréciation des preuves et non pas d'écarter systématiquement les conclusions du COPAI, il appartient aux médecins de discuter les avis qui précèdent les leurs, en particulier s'ils s'en éloignent et, notamment, de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé. Certes, la jurisprudence du Tribunal fédéral dit également que

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, suffit (voir consid. 8.1). Toutefois, ni les médecins du SMR, ni la division de réadaptation professionnelle de l'OAI GE ayant procédé à l'évaluation du taux d'invalidité de la recourante, ni l'autorité inférieure n'ont fait explicitement un tel renvoi, la division de réadaptation professionnelle se contentant, lors du calcul de la perte de gain, de se référer, s'agissant du revenu d'invalidé, à la valeur médiane ou valeur centrale afférente aux salaires bruts standardisés et non à des chiffres tirés de secteurs d'activité particuliers. Enfin, l'autorité inférieure et la division de réadaptation professionnelle n'ont pas, eux non plus, mentionné d'exemples d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les médecins, et se sont bornés à reprendre la capacité de travail estimée par le SMR, alors même que les responsables de l'observation professionnelle, dont le mandat était précisément de déterminer si l'assurée pouvait effectivement travailler et dans quelle mesure, soutenaient une opinion contraire à celle du SMR (arrêt du Tribunal fédéral I 540/03 du 10 novembre 2004 consid. 4.2). En conséquence, au vu de ce qui précède et de la contradiction flagrante entre les conclusions du COPAI et les avis et observations des médecins du SMR, ces derniers étant en outre lacunaires, l'autorité de céans estime que les éléments médicaux requis par l'administration ou produits par la recourante ne permettent pas d'établir s'il existe une capacité de travail résiduelle de l'assurée dans une activité adaptée et, dans l'affirmative, quelle est cette capacité.

#### **E. 12**

La Cour est dès lors d'avis que, s'il est établi que la recourante n'est plus apte à poursuivre son activité habituelle, ou toute autre activité lourde ne tenant pas compte de ses limitations fonctionnelles, et ce dès le mois de janvier 2002, il n'est pas possible de parvenir, avec un degré de vraisemblance prépondérante, à une conclusion quant à une éventuelle capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Partant, et compte tenu des lacunes présentes dans cette cause, le recours doit être admis, en ce sens que la décision sur opposition du 11 juillet 2007 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé psychique de la recourante, les limitations fonctionnelles qui en découlent et son éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée. Pour ce faire, l'OAIE soumettra l'assurée à une expertise pluridisciplinaire psychiatrique et ostéo-articulaire, auprès de services spécialisés qui discuteront en particulier les conclusions du COPAI et désigneront, s'ils constatent une capacité de travail résiduelle, le genre d'activité concrète encore exigible de la part de la recourante, compte tenu notamment des handicaps observés par les médecins qui se sont prononcés en l'espèce et relatés dans le présent arrêt (art. 61 PA). Vu l'issue du litige, les autres conclusions du recours sont sans objet.

#### **E. 13**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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). Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une

indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce, au vu de l'issue du litige et dans la mesure où la recourante a mandaté un avocat pour la défense de ses intérêts, il convient de lui allouer une indemnité de dépens de Fr. 2'000.-, à la charge de l'autorité inférieure.

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