

BVGer C-6569/2008 vom 25. August 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-08-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6569_2008

FR: TAF C-6569/2008 du 25 août 2010

IT: TAF C-6569/2008 del 25 agosto 2010

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

E. 1.2

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

E. 1.3

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

E. 1.4

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA, 52 PA et art.), le recours est donc recevable quant à sa forme. Il convient de préciser que la recourante a la faculté de se faire représenter par un mandataire (art. 37 LPGA et 11 PA) et que cette représentation échappe au monopole des avocats (André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 108 n. 3.3), de sorte que la recourante est parfaitement en droit de se faire représenter par un organisme de son choix.

E. 2

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. Pierre Moor, *Droit administratif*, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; Moser/Beusch/Kneubühler, op. cit., p. 22 n. 1.55, Alfred Kölz / Isabelle Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

E. 3.1

L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord - en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 3.2

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

E. 3.3

Il sied à ce propos de signaler que depuis le 1er mai 2010, les règlements 1408/71 et 574/72 sont remplacés dans les 27 Etats membres de l'UE par le Règlement (CEE) n°883/2004 du Parlement et du Conseil du 29 avril 2004 (JO L 200 du 7 juin 2004) et son Règlement d'application n° 987/2009 (JO L 284 du 30 octobre 2009). Toutefois ces nouveaux règlements ne sont pour l'instant pas encore applicables dans les relations entre la Suisse et

les Etats membres de l'UE. Pour ce faire une actualisation de l'annexe II de l'ALCP est nécessaire (cf. circulaire AI n° 292 du 10 mai 2010 de de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]).

E. 3.4

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (Arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du Règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

E. 4

La recourante a déposé une demande de prestations AI le 25 janvier 2008 auprès des autorités compétentes espagnoles. Cette date est déterminante conformément à l'art. 86 in fine du Règlement (CEE) n° 1408/71 qui prescrit que la date à laquelle les demandes, les déclarations et recours ont été introduits auprès d'une autorité ou d'une juridiction du second Etat est considérée comme la date de l'introduction auprès de l'autorité, de l'institution ou de la juridiction compétente pour en connaître. La décision litigieuse est datée du 3 septembre 2008. S'agissant du droit applicable, il convient donc encore de préciser que le 1er janvier 2008 les modifications de la LAI introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision) sont entrées en vigueur (RO 2007 5129). Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2), si le cas d'assurance survient avant le 1er janvier 2008, ce sont les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 qui s'appliquent. Il sied de noter que les principes légaux et jurisprudentiels prévalant lors de l'évaluation de l'invalidité n'ont pas subi de modification avec l'introduction du nouveau droit. En revanche, depuis le 1er janvier 2008, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité pour avoir droit à une rente ordinaire, contre une année sous l'ancien droit (cf. art. 36 LAI). Pour calculer le droit à la rente des ressortissants d'un Etat membre de l'UE qui ne satisfont pas cette condition, il faut tenir compte des périodes de cotisations accomplies sous la législation d'un autre Etat membre (art. 45 du Règlement [CEE] 1408/71; cf. Message du 22 juin 2005 concernant la 5e révision AI, FF 2005 4291). En l'espèce, selon l'extrait de son compte individuel (CI) la recourante a cotisé à l'AVS/AI pendant 5 mois en 1989, 10 mois en 1990 et 9 mois en 1991, sans que ne ressorte du dossier le type d'autorisation de séjour dont elle bénéficiait (afin de déterminer si elle était assurée sur l'année entière, cf. art. 50 du règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance vieillesse et survivants [RAVS, RS 831.101]). Vu l'issue du litige (cf. consid. infra 10), la question de

savoir si elle satisfait la condition des trois ans de cotisations peut toutefois restée ouverte. Il reviendra à l'autorité inférieure, dans le cadre de son nouvel examen, d'instruire cette question. Les dispositions légales topiques sont citées dans leur teneur au 1er janvier 2008, sauf mention contraire.

E. 5

Il reste donc à examiner si et dans quelle mesure la recourante est invalide.

E. 5.1

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

E. 5.2

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

E. 5.3

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

E. 6.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), il a présenté en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; ATF 121 V 264 ss) et au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins. D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre b signifie que l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2; ATF 99 V 98 consid. 1; ATF 96 V 42 consid. 1). Le délai d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (cf. chiffre marginal 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa teneur au 1er janvier 2008; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

E. 6.2

Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain

probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

E. 7.1

Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, 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 (méthode générale). En vertu de l'art. 28a al. 2 LAI, en dérogation à l'art. 16 LPGA, l'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. L'invalidité dans ces travaux doit être évaluée par comparaison des activités (art. 27 RAI ; méthode spécifique) et est déterminée, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place (VSI 2001 p. 158 consid. 3c. L'incapacité de travail correspondra alors à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels.

E. 7.2

Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de la comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut de l'assuré qui soit exerce une activité lucrative à temps complet, soit exerce une activité lucrative à temps partiel, soit n'a aucune activité. Le classement de l'assuré dans l'un ou l'autre de ces statuts dépendra de ce qu'il aurait fait s'il n'y avait pas eu une atteinte à la santé *ceteris paribus sic stantibus*. Pour ce faire, il convient de prendre en considération l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision entreprise, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF, 129 V 150 consid. 2.1 et les références citées).

E. 7.3

Lorsque l'assuré ne doit pas être considéré comme une personne exerçant une activité à temps plein (méthode générale), il convient encore de déterminer la part consacrée aux travaux habituels dans le ménage par rapport à celle de l'activité lucrative. La part de l'activité lucrative est, dans ce cas, déterminée en comparant en percentile l'horaire usuel dans la profession en question à l'horaire effectivement accompli; la part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage. L'invalidité est déterminée, d'une part, par comparaison des activités selon l'art. 27 RAI (travaux habituels) et, d'autre part, par comparaison des revenus selon l'art. 28a al. 1 LAI (activité lucrative), l'invalidité globale étant déterminée *pro rata temporis* de chacune des parts (cf. art. 28a al. 3 LAI qui s'applique aussi lorsque l'assuré travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint).

E. 8.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude

à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. S'agissant de l'application de la méthode spécifique, même si, pour les assurés résidant à l'étranger, faute de personnel qualifié, une enquête économique ne peut pas être diligentée sur place, il convient tout de même de procéder à une évaluation de l'atteinte dans l'accomplissement des tâches habituelles selon des principes analogues (arrêt du TAF C-5131/2007 du 16 mars 2009 consid. 4.2.5). Ainsi, selon la jurisprudence, pour lui reconnaître une valeur probante, il est essentiel que l'enquête soit effectuée par une personne qualifiée qui a la connaissance des relations locales et spatiales ainsi que des atteintes et handicaps ressortant des diagnostics médicaux. De plus, l'avis de l'assuré doit être pris en considération; cas échéant il faut donc indiquer les divergences. Le texte du rapport doit être plausible, motivé et raisonnablement détaillé au sujet des différentes restrictions, conformément aux observations relevées sur place (ATF 134 V 9 [arrêt I 246/05 du 30 octobre 2007] consid. 5.2 non publié).

E. 8.2

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

E. 8.3

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

E. 9.1

En l'espèce, la situation est pour le moins confuse. On ne sait pas quel est exactement le statut de la recourante qui indique dans le questionnaire à l'assuré collaborer avant l'atteinte

à sa santé à l'entreprise agricole de son mari, à raison de 10 heures par jour. Il semble donc que les tâches de ménage étaient accomplies en sus de ce travail, comme n'importe quelle autre personne exerçant une activité lucrative à plein temps qui tient son ménage parallèlement. L'autorité inférieure s'est fondée visiblement sur la méthode spécifique qu'elle a appliqué au mépris de la jurisprudence précitée, se contentant d'une analyse schématique qui ne tient pas vraiment compte des relations locales et spatiales. Par la suite, elle a toutefois demandé à son service médical de se prononcer sur l'activité résiduelle d'agricultrice.

E. 9.2

Concernant les incidences de son état de santé sur sa capacité de travail, la confusion demeure et la Cour ne saurait sans réserve se rallier au point de vue de l'autorité qui finalement consiste à dire que quoique la recourante fasse (ménage ou agricultrice), elle peut toujours le faire dans une mesure suffisante. Une autorité de recours a besoin d'éléments concrets et étayés afin de pouvoir vérifier l'application du droit. Toutefois, s'agissant du volet psychiatrique, il n'y a guère de doute que les atteintes, purement réactives, ne sont pas de nature invalidante. Sur le plan somatique, deux médecins espagnols excluent la pratique de l'activité d'agricultrice tout en étant d'avis qu'un travail adapté serait exigible (dans une mesure qui reste à déterminer) alors que le médecin de l'OAIE, sous prétexte que le travail de paysanne recouvre un large spectre d'activités allant de léger à lourd, estime que la recourante peut toujours l'exercer. Or, s'il s'agit d'une agricultrice indépendante (ce qui n'est pas clair), on ne peut pas raisonner ainsi, il y a lieu de comparer les activités et d'évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation concrète (ATF 128 V 29 consid. 1). De plus, contrairement à ce que retient le médecin de l'OAIE, seuls ne sont pas prohibés les travaux lourds, mais également toute pression abdominale, laquelle peut également être provoquée par des activités légères. Dans la prise de position du 25 juin 2008 du premier médecin de l'OAIE, le Dr F._____, il est fait mention d'un redéploiement programmé de l'iléon qui n'est pas documenté dans le dossier. L'expertise E213 indique qu'une "cierre ostomia" serait susceptible d'améliorer l'état de santé de la recourante, ce qui ne signifie pas encore qu'elle est projetée.

E. 10.1

Vu ce qui précède, si une capacité résiduelle de travail subsiste vraisemblablement, le TAF doit constater qu'il ne possède pas les éléments clairs pour se faire une opinion déterminée sur la mesure de cette capacité. Les activités exercées auparavant par la recourante ne ressortent pas avec limpidité du dossier et il est douteux que l'opération subie ainsi que la confection d'une poche iléo-anale lui confère encore une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dans n'importe quelle activité. A ce sujet, la proximité de cabinets d'aisance, le temps consacré à la vidange de la poche doivent également être pris en considération.

E. 10.2

Partant, il se justifie d'annuler la décision du 3 septembre 2008, d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'autorité intimée afin qu'elle détermine clairement les activités de la recourante, les conséquences de ses atteintes à la santé sur ces activités en diligentant soit une expertise médicale soit une enquête économique correspondant aux exigences de la jurisprudence. Surtout, elle indiquera explicitement sur quelle méthode

s'appuie finalement sa décision. Elle instruira également la question de la durée de cotisations et du début de l'éventuelle incapacité de travail (cf. consid. supra 4).

E. 11.1

Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 400.- déjà versée par la recourante lui sera restituée sur le compte qu'elle aura désignée, une fois le présent arrêt entré en force.

E. 11.2

Il reste à examiner la question des dépens relatifs à la procédure devant l'autorité de céans. Les art. 64 Pa et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) - applicable en l'espèce en vertu de l'art. 53 al. 2 in fine LTAF - permettent 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 l'organisme espagnol représentant la recourante en instance de recours a consisté principalement dans la rédaction d'un recours de 5 pages et demie, accompagné d'un bordereau de 10 pièces, d'une réponse de 2 pages et demie accompagnée de 6 copies et d'une lettre d'une page. Il se justifie, eu égard à ce qui précède, de lui allouer une indemnité à titre de dépens de Fr. 800.- à charge de l'OAIE.

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