

# **BVGer C-6951/2016 vom 9. August 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-08-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6951\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6951_2016)

FR: TAF C-6951/2016 du 9 août 2018

IT: TAF C-6951/2016 del 9 agosto 2018

## **Regeste**

Droit à la rente

## **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) 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**

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**

En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure de CHF 800.- ayant été dûment acquittée (TAF pce 9), le recours est recevable.

### **E. 2**

En vertu de l'art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers - dans le cas concret il s'agit de de E.\_\_\_\_\_, l'intéressée ayant travaillé en tant que frontalière dans ledit canton (voir supra, let. A). En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions.

### **E. 3.1**

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Est dès lors applicable à la présente cause, en raison de son aspect transfrontalier, l'accord, entré en vigueur le 1er juin 2002, 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), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II), applicables in casu. Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'AI suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse ; l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

### **E. 3.2**

S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

### **E. 4**

Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente de l'AI suisse, en particulier sur le point de savoir si l'affection dont elle serait victime a pu entraîner une incapacité de travail suffisante pour ouvrir le droit à celle-ci.

### **E. 5.1**

L'intéressée conteste l'appréciation faite par l'autorité de première instance de sa pleine capacité de travail.

### **E. 5.2**

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (AI doc 19). Il reste donc à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

### **E. 6**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. 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 (art. 6 LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

## **E. 7**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021). Enfin, selon la réglementation prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, la rente auquel un assuré a droit peut être versée au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie plus précisément comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession (Michel Valterio, op. cit., n. m. 2025).

## **E. 8.1**

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, 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) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 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. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

### **E. 8.3**

S'agissant plus précisément des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent dès lors pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont 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. De tels rapports, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; cf. également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références).

### **E. 9**

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPGA). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C\_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine). 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).

### **E. 10.1**

S'agissant tout d'abord de l'état de santé de la recourante, le Tribunal observe ce qui suit : le Dr F. \_\_\_\_\_, dans son rapport initial du 5 février 2013, conclut à un état dépressif réactionnel ; la Dresse G. \_\_\_\_\_, notamment dans son certificat médical du 18 juin 2013, constate un épisode dépressif majeur. Le Dr I. \_\_\_\_\_, quant à lui, fait dans un premier temps état d'un tableau mixte anxio-dépressif avec une alternance rapide d'épisodes dépressifs et euphoriques, avant de poser comme diagnostics principaux un épisode dépressif sévère (F 32.2) ainsi qu'un stress professionnel et, comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un tempérament hyperthymique (voir supra, let. B.b). C'est sur la base de ces documents que le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin SMR, retient, dans son avis du 5 juillet 2016, que l'intéressée présente une symptomatologie dépressive sévère dont l'évolution est favorable (voir supra, let. B.c).

### **E. 10.2.1**

En ce qui a trait aux limitations fonctionnelles, force est de constater que le dossier de la recourante apparaît comme peu concluant en ce qui concerne la capacité de travail de celle-ci à compter du mois de mai 2015 (l'incapacité avant cette date n'étant pas contestée : voir notamment l'avis SMR du 7 avril 2017 [supra, let. C.d]). Certes, tous les médecins s'accordent à dire que l'intéressée n'est pas en mesure d'exercer son activité habituelle (à l'exception du médecin SMR dans son avis du 5 juillet 2016 [voir infra, consid. 10.2.2]).

S'agissant en revanche de la capacité de travail dans une activité adaptée, si le Dr F. \_\_\_\_\_ ne fait état d'aucunes limitations fonctionnelles dans son rapport du 16 juin 2015, le Dr I. \_\_\_\_\_, lui, relève en revanche, dans le rapport reçu le 17 juillet 2015, une limitation des capacités de concentration, d'adaptation et de résistance limitées puis, dans son rapport du 5 février 2016, une fatigabilité ainsi que des douleurs multiples. S'agissant de ce dernier rapport, il sied de plus de relever que si le chiffre indiqué par le médecin concernant la capacité de travail dans une activité adaptée est difficilement lisible, il n'en demeure pas moins qu'il ne correspond en aucun cas au chiffre de « 100% » (voir supra, let. B.b). Ainsi, même s'il fallait considérer que les deux médecins s'accordaient à dire qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée était possible, il n'en demeurerait pas moins un désaccord quant à l'étendue des limitations fonctionnelles entrant en ligne de compte. Or plutôt que d'éclaircir cette question, l'avis médical SMR du 5 juillet 2016 élude sans autres explications le point de vue du Dr I. \_\_\_\_\_, selon lequel des limitations fonctionnelles seraient présentes ; par ailleurs, il s'écarte sans se justifier du seul point sur lequel tous les documents médicaux figurant au dossier s'accordent (à savoir que l'intéressée présente une incapacité totale dans l'activité habituelle), en retenant quant à lui une pleine capacité de travail dans toute activité (voir supra, let. B.c). L'on ne saurait ainsi accorder de valeur probante à cet avis SMR (voir supra, consid. 8.3).

### **E. 10.2.2**

Par ailleurs, le Tribunal constate qu'à l'instar de l'avis médical SMR du 5 juillet 2016, aucun des documents susmentionnés ne répond aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante ; en effet, si ceux-ci ne satisfont tout d'abord pas aux conditions générales pour ce faire (voir supra, consid. 8.2), ils ne répondent en outre pas à la nouvelle pratique instaurée par le Tribunal fédéral, selon laquelle il y a lieu d'examiner, dans un contexte d'atteinte à la santé psychique, la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs, à l'instar de la procédure déjà applicable en matière de troubles somatoformes douloureux (voir ATF 143 V 418 consid. 7). Ainsi, les documents médicaux susmentionnés ne permettent pas de conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que celle-ci ne pouvait être établie à satisfaction de droit au moment du prononcé de la décision attaquée.

### **E. 10.2.3**

Postérieurement audit prononcé de la décision attaquée, l'autorité inférieure a fait parvenir au Tribunal de céans des documents relatifs à la pension d'invalidité française que perçoit la recourante ; en particulier, le rapport E 213 établi le 31 mai 2017 à cette occasion constatait une incapacité totale de travail dans toute activité à compter du 17 avril 2014 (voir supra, let. C.e). En outre, la recourante a peu après transmis au Tribunal de céans un nouvel avis médical du Dr I. \_\_\_\_\_ du 16 mai 2017, lequel indiquait, sur la base de l'attestation médicale de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 16 mai 2017 (transmise par la recourante dans un même temps), que sa patiente avait souffert d'une rechute de son trouble de l'humeur avec une nouvelle incapacité de travail survenue le 27 août 2015 (voir supra, let. C.f). S'agissant de ces nouveaux documents, le Tribunal relève que dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, il ne peut en principe prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressée jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF

121 V 362 consid. 1b). Or en l'espèce, si ces documents ne répondent pas plus aux conditions posées par la jurisprudence que les précédents documents sur lesquels reposait la décision attaquée (voir supra, consid. 10.2.2) - on constatera notamment que le Dr I. \_\_\_\_\_ n'explique aucunement pourquoi l'attestation médicale de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 16 mai 2017, qui porte sur l'état de santé de l'intéressée au 1er mai 2015, n'est que susceptible de conduire à retenir une nouvelle période d'incapacité à compter du 27 août 2015 - ils n'en contribuent pas moins à illustrer le caractère lacunaire de l'appréciation médicale sur laquelle se fonde la décision attaquée. Par ailleurs, il sied de relever que dite décision reposait en grande partie sur l'avis du Dr I. \_\_\_\_\_ qui préconisait un retour à une capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de mai 2015, lequel a ensuite constaté a posteriori une incapacité de travail s'étendant au-delà dudit mois de mai 2015. Ainsi, force est de constater que tant la situation médicale actuelle de la recourante que les limitations fonctionnelles qui pourraient en découler n'ont pas été établis à satisfaction de droit.

### **E. 11.1**

Il s'ensuit que la décision attaquée a été rendue sur la base d'un dossier médical lacunaire. En conclusion, l'affaire doit être renvoyée à l'OAIE afin qu'il complète l'instruction du dossier, en mettant en oeuvre un examen médical de l'intéressée en Suisse ; ledit examen devra cette fois se prononcer sur l'état de santé de la recourante et sur son influence quant à la capacité de travail. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance de l'instruction à compléter (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). L'expertise devra satisfaire à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux maladies psychiques (voir les ATF 143 V 409 et 143 V 418). Dans le cadre de cette expertise, la recourante disposera notamment des droits tels que décrits par le Tribunal fédéral à l'ATF 137 V 210.

### **E. 11.2**

Partant, le recours doit être partiellement admis, en ce sens que la décision du 6 octobre 2016 doit être 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 si la recourante présente une affection psychiatrique invalidante.

### **E. 12**

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 215 consid. 6.2), la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque celle-ci est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il n'y a donc pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA), de sorte que l'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante au cours de la procédure (voir supra, consid. 1.4) lui sera remboursée sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal. En outre, 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 compte tenu du travail effectué par le mandataire de la recourante, il convient de lui allouer une indemnité de dépens de CHF 2'800.-, à la charge de l'autorité inférieure.

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