

BVGer C-7503/2009 vom 18. April 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-04-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7503_2009

FR: TAF C-7503/2009 du 18 avril 2011

IT: TAF C-7503/2009 del 18 aprile 2011

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

En application de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE. Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20). Le Tribunal de céans est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

E. 1.2

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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite 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. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré. Tel est le cas en l'espèce de la recourante qui, en sa qualité d'institution de prévoyance, est touchée par la décision de l'assurance-invalidité en raison de son obligation d'accorder des prestations à titre subséquent et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification (art. 48 PA, art. 59 LPGA). Elle est, partant, légitimée à recourir (cf. ATF 134 V 153 consid. 5.2 et les références; U. Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2ème éd., Zurich Bâle Genève 2010, p. 281 s.). L'intimée a pour sa part qualité de partie dans la présente procédure, dès lors que son droit aux prestations fait l'objet du litige (arrêts du Tribunal fédéral 9C_738/2010 du 7 mars 2011 consid. 2.3; U 281/00 du 30 avril 2001 consid. 6b).

E. 1.4

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

E. 2.1

L'intimée est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, 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 de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du 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 à une rente de l'assurance-invalidité suisse est calculé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71).

E. 2.2

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). En l'espèce, il ressort du dossier que l'atteinte à la santé est apparue au début de l'année 2008 (cf. doc 3 p. 2, 33 p. 6- 10, 38 p. 13-14 et 30-31). Le droit à des prestations doit par conséquent être examiné à l'aune des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, en vigueur dès le 1er janvier 2008 (cf. lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 concernant la 5ème révision de l'AI et le droit transitoire).

E. 2.3

En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 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. En l'occurrence, l'intimée a présenté une nouvelle demande de rente par courrier remis à la Poste française le 12 mai 2009 et reçu par l'OAI GE le 15 mai 2009 (cf. supra let. B). Il y a par conséquent lieu de conclure que cette requête a été valablement introduite au plus tôt entre le 12 et 15 mai 2009 (cf. art. 29 al. 3 LPGA; art. 35 chif. 1 du règlement [CEE] n° 574/72 du 21 mars 1972 [cf. RS 0.831.109.268.11]; Kieser, op. cit., art. 29 n° 8 et 29), étant précisé que, en l'espèce, il n'est pas nécessaire de se déterminer sur le jour exact déterminant. Il s'ensuit que le droit à la rente n'a pas pu naître avant les 12-15 novembre 2009 (6 mois après le dépôt de la demande). Or, la décision attaquée, qui limite dans le temps le pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b), a été prononcée le 2 novembre 2009 soit un moment où l'intimée ne pouvait pas encore prétendre à une rente d'invalidité (le délai de 6 mois n'étant pas encore arrivé à échéance à ce moment-là). Cependant, eu égard au fait que l'autorité inférieure a jugé opportun de rendre prématurément une décision quant au droit à

la rente et compte tenu de l'art. 29 al. 3 LAI, selon lequel la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance, l'objet du litige porte également sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée en date des 12-15 novembre 2009. Le Tribunal de céans doit donc se déterminer sur le droit à une rente de l'assurée au mois de novembre 2009 (cf. également dans ce contexte arrêt du Tribunal fédéral 9C_967/2009 du 2 juin 2010 consid. 3).

E. 3

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 LPGA et 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'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% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non 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 ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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).

E. 4

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et 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. 5

En l'espèce est uniquement litigieux le point de savoir si l'administration a violé le droit fédéral, en admettant en l'état du dossier que la recourante avait droit à une rente entière d'invalidité à partir de novembre 2009.

E. 6

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. 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. Le cas échéant, elle peut renoncer à l'administration d'une preuve si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (arrêt du Tribunal fédéral 9C_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références citées). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsque l'administration doit se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle doit appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettent de confirmer que l'appréciation des preuves a 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; 9C_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

E. 7

En l'espèce, dans une prise de position du 31 août 2009 basée sur les actes de la cause (doc 44), le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne du SMR, a constaté qu'autant le Dr C. _____ que le Dr D. _____ attestaient d'une incapacité de travail totale de l'assurée en raison d'une polyarthrite rhumatoïde entraînant des douleurs des mains et des difficultés pour les déplacements. Il a estimé que, d'une part, l'affection chronique qui cadrerait bien avec la gêne décrite dans les activités habituelles et, d'autre part, le retard mental léger de l'assurée, justifiaient de considérer qu'une tentative d'insertion dans une activité plus adaptée ne trouvait pas son indication au vu des particularités du cas. Pour ces motifs, il a conclu à une incapacité de travail totale de l'assurée dès le 7 novembre 2008. L'administration s'est ensuite basée principalement sur cette appréciation pour justifier du bien-fondé de la décision entreprise. La recourante conteste pour sa part cette appréciation en faisant valoir que la documentation médicale versée au dossier n'est pas assez concluante pour permettre de se prononcer valablement sur le droit à la rente de l'intimée.

E. 8.1

Cela étant, il convient de mettre en évidence ce qui suit.

E. 8.1.1

Dans un rapport non daté parvenu à l'OAI GE le 30 juillet 2009 (doc 40), le Dr C. _____, rhumatologue traitant de l'intimée, pose le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde évolutive depuis début 2008 entraînant des douleurs inflammatoires aux mains, poignets, genoux et

pieds et ayant nécessité un traitement administré par ses soins du 8 décembre 2008 au 12 mai 2009. Relevant que l'assurée ne peut plus travailler avec les bras et les mains et qu'elle est gênée pour la marche, il conclut à une incapacité de travail totale de cette dernière dès le 8 décembre 2008 sans que ces limitations fonctionnelles puissent être réduites par des mesures médicales (doc 40 p. 3 n° 1.8 et p. 5; cf. également doc 23 p. 2-3; 33 p. 1-3 et 38 p. 3-5 [certificats d'incapacité de travail rédigés par ce médecin]).

E. 8.1.2

S'agissant du Dr D. _____, généraliste traitant de l'assurée, il pose le même diagnostic que son confrère précité et, dans rapport non daté parvenu à l'OAI GE le 21 novembre 2008 (doc 16 p. 2 n° 1.6), atteste que l'intimée s'est retrouvée en incapacité de travail totale du 25 mars au 18 mai 2008 et du 8 novembre 2008 au 8 décembre 2008 en raison de cette affection (cf. également doc 33 p. 6-10; 38 p. 30-31 [certificats d'incapacité de travail rédigés par ce médecin] et ci-dessous consid. 8.4). Dans ce même document, il fait part de douleurs aux mains, genoux et pieds entraînant une diminution de rendement de 80%. De surcroît, il signale que le traitement anti-inflammatoire n'a pas encore débuté et que celui-ci permettra à l'assurée de retrouver une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle (doc 16 p. 2). Dans un nouveau certificat du 10 juin 2009 (doc 29 [formulaire "rapport médical intermédiaire" envoyé à ce médecin par l'administration]), il fait part d'un état stationnaire sous traitement chez une patiente dont la compliance n'est pas totale. En réponse à la question de savoir dans combien de temps et à quel taux l'assurée sera ultérieurement en mesure de reprendre une activité lucrative (dans le même métier ou dans un autre), il se borne à indiquer que sa patiente se trouve actuellement au chômage et qu'elle a des difficultés à retrouver un travail (doc 29 p. 2 n° 12).

E. 8.1.3

Par ailleurs, dans un rapport de visite au domicile de l'intimée du 27 novembre 2008 mis en oeuvre par le Groupe Mutuel (doc 38 p. 23), il est mentionné que l'assurée ne comprend pas pour quelles raisons elle a été licenciée par son employeur alors qu'elle pouvait effectuer tout à fait normalement son travail; si celle-ci s'est opposée à se soumettre à une hospitalisation comme le demandait son employeur, c'est parce qu'elle devait s'occuper de sa mère âgée et dépendante (doc 38 p. 23).

E. 8.1.4

Dans un rapport du 16 mars 2009 (doc 38 p. 20-21), le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne et cardiologie ayant examiné l'intimée sur mandat du Groupe Mutuel, relève pour sa part ce qui suit: "[L'assurée] travaille depuis de nombreuses années, et sans aucun arrêt de travail pour raison de maladie, à l'EMS ... en tant qu'aide hospitalière (soins aux résidents). En mars 2008 elle est affectée à la lingerie, activité qu'elle assume jusqu'au moment où elle commence à souffrir de douleurs du genou D ce qui entraîne une boiterie. A ce moment le Dr D. _____ l'adresse à un premier rhumatologue, le Dr H. _____, qui diagnostique vraisemblablement une poussée de polyarthrite rhumatoïde et propose un traitement de méthothrexate. Pour des raisons "économiques" (la prise en charge médicale sur France lui "aurait coûté trop cher") l'assurée n'entreprend pas son traitement. Malgré l'insistance du Dr D. _____ et de la directrice de l'EMS, cette situation persiste, avec une diminution conséquente du rendement au travail aboutissant à son licenciement signifié le 9 oct. 2008. ... Elle consulte alors le Dr C. _____, rhumatologue. Celui-ci confirme le diagnostic de poussée de polyarthroïde et prescrit du méthothrexate avec guérison complète

en quelques semaines. On peut donc raisonnablement admettre que l'[incapacité de travail totale] du 8 novembre 2008 prend fin vers le 8 déc. 2008 et depuis cette date [l'assurée] se dit très désireuse de retravailler avec une motivation qui me paraît tout à fait sincère ce qui est en totale contradiction avec sa compliance. La capacité de travail est donc complète depuis le 8.12.08 et mon examen clinique du 11 mars dernier le confirme." Le Dr B._____ met également en évidence qu'un hallux valgus bilatéral nécessitant sans délai une intervention chirurgicale pourrait imposer un nouvel arrêt de travail de 2 à 3 mois. On note que le Groupe mutuel s'est par la suite fondé sur ce rapport pour refuser, par décision du 31 mars 2009, tout droit à des prestations à la recourante dès le 8 décembre 2008 (cf. supra let. A.c).

E. 8.2

Au vu de ce qui précède, il appert que l'évaluation du Dr C._____ qui retient une incapacité de travail totale de l'assurée ne saurait sans autre convaincre le Tribunal de céans. En effet, le rapport précité du 30 juillet 2009 (cf. supra consid. 8.1.1) ne satisfait pas aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante de documents médicaux (cf. supra consid. 4), dès lors qu'il reste très succinct, ne se prononce pas sur l'ensemble des points litigieux dont notamment sur l'avis diamétralement opposé du Dr B._____ et des déclarations de l'assurée faites lors de la visite à domicile (cf. supra consid. 8.1.3 s) et que le Dr C._____ n'a apparemment pas suivi l'assurée depuis le début de l'incapacité de travail que l'administration fait remonter au 7 novembre 2008 (doc 44 p. 1). En outre, contrairement à ce que prétend l'autorité inférieure, l'avis de ce praticien n'est pas corroboré par les rapports médicaux produits par le Dr D._____. Bien plutôt, ces derniers sont de nature à remettre en question les conclusions du Dr C._____, dès lors que le Dr D._____ retient qu'un traitement anti-inflammatoire est susceptible d'améliorer la capacité de gain de l'assurée et qu'il cite essentiellement le chômage actuel de l'assurée, à savoir un critère étranger à l'invalidité, pour justifier la non reprise d'une activité lucrative (cf. supra consid. 8.1.2). Finalement, les rapports des Drs B._____ et D._____ incitent à penser que l'assurée n'a pas respecté son obligation de réduire le dommage en ne se soumettant pas à temps à un traitement adéquat.

E. 8.3

En ce qui concerne la déficience intellectuelle alléguée par l'assurée (cf. pce TAF 10), on note que l'OAI n'a recueilli aucun renseignement médical quant à cette affection quand bien même le jugement du Greffe permanent E._____ du 30 avril 2009 (doc 39 p. 2-3 [arrêt mettant l'assurée sous curatelle]) faisait part d'un rapport médical y relatif du 30 novembre 2008 établi par la Dresse I._____. Toujours selon ce jugement, le corps médical poserait chez l'assurée le diagnostic de retard mental léger associé à des troubles caractériels majeurs datant de l'enfance. Or, comme le relève à juste titre la recourante, l'administration ne pouvait sans autre, sur la base de ces seules informations, conclure à une incapacité de travail y afférente de l'intimée, d'autant que l'assurée avait été en mesure d'exercer une activité lucrative pendant de nombreuses années malgré cette atteinte psychique et que ces médecins traitants ne mentionnaient pas de problèmes particuliers à ce niveau (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_200/2010 du 29 septembre 2010 consid. 4.3.2). Eu égard à ces circonstances, un complément d'instruction en la matière s'avérait indispensable avant de tirer toute conclusion quant à la capacité de travail de l'intimée.

E. 8.4

Il sied également de relever qu'il subsiste des doutes quant au point de savoir si le début éventuel de l'invalidité a bien eu lieu en date du 7 novembre 2008 comme le retient l'administration. En effet, il ressort du dossier que l'assurée souffre de polyarthrite depuis début 2008. Ainsi le Dr D. _____, dans un rapport du 21 novembre 2008, fait part d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 26 mars au 18 mai 2008 ainsi que du 8 novembre au 8 décembre 2008 (doc 16 p. 2 n° 1.6; cf. également doc 33 p. 10 et 38 p. 31 [rapports médicaux de ce même médecin faisant débiter la première incapacité de travail à une date antérieure, à savoir le 27 février et le 4 mars 2008]). En parallèle, certains documents incitent à penser que l'intimée n'a pas retrouvé une capacité de travail entière dans la période intermédiaire courant du 19 mai au 7 novembre 2008 (cf. notamment lettre de l'employeur du 13 juin 2008 indiquant un rendement de l'assurée de 20% [doc 38 p. 16], rapport du 23 septembre 2008 établi par le Dr J. _____ faisant part d'une baisse de rendement d'environ 50% [doc 38 p. 13]; lettre de l'employeur à l'OAI GE du 2 octobre 2008 indiquant un rendement inférieur à 50% [doc 3 p. 1]). Dans ces conditions, le Tribunal de céans ne saurait sans autre conclure que l'art. 29ter RAI selon lequel il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29 al. 1 LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins trouve application en l'espèce (cf. U. Meyer, op. cit., p. 283 et les références citées; OFAS [éd.], Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, état au 1er janvier 2010, n° 2014 s.). A tout le moins, il convient qu'un expert neutre se prononce expressément en la matière (si nécessaire après avoir pris contact avec les praticiens ayant examiné l'intimée en son temps) et, le cas échéant, se détermine quant au point de savoir si l'assurée a contrevenu à son obligation de réduire le dommage en ne se soumettant pas plus tôt à un traitement adéquat.

E. 9

Eu égard à l'ensemble de ces éléments, il convient de conclure que l'autorité inférieure a établi l'état des faits de façon incomplète et manifestement violé le principe inquisitoire en statuant en l'état du dossier dans la présente affaire. Il s'impose dès lors, en application de l'art. 61 PA, d'annuler l'acte attaqué et de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant notamment la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire avec pour le moins le concours d'un rhumatologue et d'un psychiatre. Le cas échéant, et compte tenu de l'évolution de l'état de santé de l'intimée dans le temps, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective de l'assuré dans la période déterminante. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

E. 10

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 1'000.- versé à titre d'avance de frais est restitué à la recourante.

E. 11

En principe, les institutions d'assurances sociales ne peuvent prétendre à des dépens. Les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches des assurances sociales fédérales, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré (ATF 126 V 143 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_950/2008 du 18 mars 2009 consid. 5; cf. aussi art. 68 al. 3 LTF applicable par renvoi des art. 37 LTAF en combinaison avec l'art. 4 PA).

Par ailleurs, et par surabondance, la recourante a agi par l'intermédiaire de ses organes statutaires et n'a ainsi pas eu recours à un avocat ou un mandataire professionnel pour défendre ses intérêts dans la présente affaire au sens des art. 9 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2); elle n'a pas non plus démontré avoir eu à supporter d'autres frais nécessaires et relativement élevés au sens des art. 64 al. 1 PA et 13 let. a e b FITAF. Par conséquent, il ne lui est pas allouée une indemnité à titre de dépens (voire aussi André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 219 n° 4.77 et p. 220 n° 4.83).

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