

# **BVGer C-1209/2008 vom 22. Oktober 2010**

Bundesverwaltungsgericht, 2010-10-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1209\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1209_2008)

FR: TAF C-1209/2008 du 22 octobre 2010

IT: TAF C-1209/2008 del 22 ottobre 2010

## **Regeste**

Assurance-invalidité (AI)

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF 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), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

### **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**

Conformément à l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Selon la jurisprudence, la preuve de la notification d'un acte administratif et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_711/2009 du 26 février 2010 consid. 4.2). La preuve de la notification doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requise en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2, ATF 124 V 400 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral

9C\_411/2008 du 17 septembre 2008 consid. 3.1). En l'espèce, la décision entreprise date du 14 janvier 2008 et le recours y relatif a été remis à la Poste espagnole le 22 février 2008. Le recourant, qui n'a donné aucune indication quant à la date de réception de la décision, considère que le recours a été déposé dans le délai imparti (pce TAF 17 p. 2). Pour sa part, l'autorité inférieure a signalé que la date à laquelle la décision attaquée avait été notifiée à l'assuré ne pouvait être déterminée en l'espèce faute d'un envoi par lettre recommandée et a invité le Tribunal de céans à entrer en matière sur le recours (pce TAF 12). Dans ces conditions et au vu de la jurisprudence susmentionnée, il convient donc de conclure que le recours a été déposé en temps utile, dès lors qu'il est hautement vraisemblable qu'un envoi non recommandé soit remis à son destinataire dans un délai de 10 à 15 jours et que, en outre, rien au dossier ne permet de retenir que la décision attaquée ait été remise à la Poste suisse le jour de son prononcé.

### **E. 1.5**

Déposé dans les formes requises par la loi (art. 52 PA), le recours est recevable.

### **E. 2.1**

Le recourant est citoyen 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.

### **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). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5ème révision de la LAI, étant précisé que dans la présente affaire l'application du nouveau droit n'aurait aucune influence sur l'issue de la cause (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions de la LAI citées dans le présent arrêt sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, étant précisé que, en l'espèce, les faits déterminants se sont produits avant l'entrée en vigueur de la 5ème révision de la LAI.

### **E. 3.1**

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).

### **E. 3.2**

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

### **E. 3.3**

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. 4.1**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). 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, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

### **E. 4.2**

Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. 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 à l'administration, 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. Il en va cependant

autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci 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. 5**

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). La jurisprudence a toutefois 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'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 cons. 3b/aa; 118 V 290 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 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).

## **E. 6**

En l'espèce est litigieux le point de savoir si l'état de santé de l'assuré a subi une modification telle qu'elle influencerait le taux d'invalidité déterminé auparavant de 50% et justifierait l'attribution de  $\frac{3}{4}$  de rente ou d'une rente entière.

### **E. 7.1**

Selon l'art. 17 LPGA (v. aussi l'ancien art. 41 LAI; arrêt du Tribunal fédéral I 561/05 du 31 mars 2006), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

### **E. 7.2**

Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où a été rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente qui constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En l'occurrence, le recourant a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er août 1975 par décision du 7 décembre 1977 (pces 20-21). L'autorité inférieure, après avoir procédé à un examen complet de la nouvelle documentation médicale, a confirmé le droit à une demi-rente par décision du 6 janvier 2004. Il se justifie donc de retenir cette dernière date comme point de départ pour procéder à la comparaison des faits (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6549/2008 let. C et consid. 3.1). Ainsi, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification significative doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 6 janvier 2004 et ceux qui ont existé jusqu'au 14 janvier 2008, date de la décision attaquée.

#### **E. 8**

L'assuré estime que l'ensemble de ses affections est suffisant pour admettre une péjoration de son état de santé avec répercussion sur la capacité de travail. L'OAIE ne partage pas cet avis en se référant aux prises de position de son service médical. Ainsi, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, retient que, si l'affection lombaire a évolué avec l'âge de l'assuré, celle-ci n'a pas connu de réelle aggravation comme le démontre l'examen électrophysiologique du 8 août 2007. En ce qui concerne l'épisode vasculaire cérébral, il relève que celui-ci est resté sans trouble neurologique séquellaire avec une symptomatologie purement sensitive et très minime, de sorte qu'il ne saurait avoir une influence sur la capacité de travail. Il en va de même de la dépression réactionnelle invoquée qu'il qualifie de banale. Pour finir, il évoque trois facteurs de risques cardiovasculaires à savoir le diabète, une dyslipémie et une haute tension artérielle qui, selon lui, sont certes des facteurs de risques mais toutefois compatibles avec l'exercice d'une activité lucrative. Pour ces raisons, il conclut que la nouvelle documentation produite n'apporte aucun argument médical permettant d'admettre une augmentation de l'incapacité de travail retenue jusqu'alors (prises de position des 11 novembre 2007 [pces 210] et 9 janvier 2008 [pce 215]). Le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale du service médical de l'OAIE, confirme cette évaluation dans sa prise de position du 15 juin 2008 (pce 220). Il précise que la fonction cardiaque de l'assuré est conservée, que les facteurs de risques liés au diabète, à l'hypertension et à la dyslipémie ne sont pas invalidants, que le status après accident vasculaire cérébral est connu sans qu'il soit rapporté de déficits cliniques et que la rétinopathie naissante liée au diabète ne cause pas de limitation de la vue et partant de la capacité de travail.

#### **E. 9**

Cela étant, force est de constater que, par rapport à la situation ayant existé en janvier 2004, le recourant souffre nouvellement d'une affection psychique attestée par un médecin psychiatre. Ainsi, dans un rapport du 29 novembre 2004 (pce 171), le Dr I.\_\_\_\_\_, observe chez l'assuré la présence de tristesse, d'apathie, d'anhédonie, de désespoir et de tendance à l'isolement, symptômes dont l'évolution a été assez longue. Selon lui, divers événements vitaux très stressants pour le patient sont à l'origine des signes cliniques et

ceux-ci ont une influence sur ces derniers. Précisant qu'il existe une consommation abusive d'alcool en principe secondaire aux signes cliniques affectifs, il pose le diagnostic initial de trouble mixte anxieux-dépressif (CIM-10 F41.2). Par la suite, il fait part d'un cadre dépressif avec prépondérance d'un état mélancolique conditionné par des facteurs environnementaux et une pathologie somatique qui limite l'assuré fonctionnellement (pces 172 p. 1-2 [rapport médical du 19 mai 2006]). En parallèle, on note que le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin de l'INSS (dont la spécialisation n'est pas connue), souligne la présence d'un cadre dépressif en sus des atteintes somatiques (pce 169 p. 4 n° 8 et p. 5 n° 13 [rapport médical E 20 du 5 septembre 2006]). Selon lui, l'assuré présente une mobilité lombaire douloureuse et limitée au premier degré et n'est plus en mesure d'effectuer aucun travail y compris dans une activité de substitution (pce 169 p. 7 n° 25). On relève qu'il s'agit du premier certificat médical remis par les institutions de sécurité sociale espagnoles faisant part d'une incapacité de travail totale de l'assuré dans toute profession (cf. à ce sujet rapport du 10 janvier 2003 [pce 147] prenant uniquement position sur la capacité de travail de l'assuré dans la profession habituelle; rapport médical E 20 du 28 octobre 1997 retenant une situation médicale inchangée par rapport au contrôle précédent [pce 133 p. 3 n° 6]; rapport médical E 20 du 2 août 1985 indiquant que l'assuré est apte à exercer un travail de substitution sans toutefois indiquer à quel pourcentage [pce 127 p. 7 n° 23 et 25]). L'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_ est corroborée par l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ qui, dans une expertise orthopédique mandatée par la "Landesversicherungsanstalt Rhein-provinz", retient notamment la présence d'un syndrome dépressif réactif ainsi qu'une lumboarthrose généralisée et estime que l'assuré ne peut effectuer son activité habituelle ou des travaux légers de substitution qu'à un rythme inférieur à 2 heures par jour (pce 175 p. 8). En particulier, on observe que ce praticien fait nouvellement part de lombalgies aigües, semble-t-il continues (pce 175 p. 7), alors que ses confrères consultés auparavant renaient un syndrome lombovertébral modéré comprenant tout au plus certaines phases avec accentuation des douleurs (cf. pces 117 p. 2; 130 p. 9; 134; 147 p. 2 n° 4.3; 153). La documentation médicale précitée fournit ainsi des éléments non négligeables laissant penser que le trouble psychique, caractérisé tout d'abord de trouble mixte anxieux-dépressif, a évolué vers un tableau dépressif plus prononcé. Par ailleurs, il ressort des prises de position des Drs J. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ que l'apparition de l'affection psychiatrique est allée de pair avec une aggravation de la symptomatologie lombaire et une diminution de la capacité de travail retenue jusqu'alors. Dans ce contexte, on note que, en l'état du dossier, les avis contradictoires émis par les Dr F. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ ne permettent en aucun cas de se convaincre d'un état de santé avec répercussion sur la capacité de travail resté en substance inchangé depuis janvier 2004, compte tenu aussi du fait que ces médecins n'ont pas examiné eux-même l'assuré et qu'ils ne disposent pas des qualifications nécessaires en psychiatrie (sur la jurisprudence en la matière cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_904/2009 consid. 2.2; 9C\_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2; 9C\_185/2010 du 16 août 2010 consid. 4.1; 9C\_380/2010 du 9 juillet 2010 consid. 2.2). Or, de telles connaissances s'avèrent en l'espèce indispensables au vu de la complexité du cas. On rappelle que, selon la jurisprudence, lorsque des plaintes somatiques sont également faites valoir, l'expert-psychiatre doit baser sa prise de position relative à la capacité de travail exigible sur l'ensemble de la documentation médicale, laquelle devra éclaircir préalablement l'importance des aspects somatiques (selon les circonstances, sur le plan rhumatologique, neurologique, orthopédique, interne); une prise de position d'ensemble relative à la capacité de travail interviendra en principe dans le cadre d'une expertise multidisciplinaire après un consilium des experts à l'occasion duquel les résultats

de chaque branche ont pu être discuté (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 87/04 du 13 juillet 2004 consid. 3; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2836/2008 du 17 août 2010 consid. 13.2). Par ailleurs, on ne peut d'emblée exclure dans la présente affaire, au vu des constats psychiatriques retenus, qu'il s'avère nécessaire d'appliquer la jurisprudence développée en matière de troubles somatoformes douloureux persistants. En effet, dans un arrêt I 802/06 du 5 juillet 2007 consid. 4.3, le Tribunal fédéral a précisé qu'il importait peu que l'affection soit décrite comme une fibromyalgie, un syndrome thoraco-lombovertébral chronique ou un trouble somatoforme vu que, dans le cadre de l'assurance invalidité, seules les incidences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gains sont déterminantes et non pas le diagnostic retenu respectivement la description de la maladie. Finalement, il sied de mettre en évidence qu'une expertise médicale circonstanciée avec notamment discussion du cas dans sa partie finale n'a plus été versée au dossier depuis 1988. Au vu de l'ensemble de ces éléments, il convient de conclure que l'autorité inférieure a établi l'état des faits de façon incomplète et violé le principe inquisitoire en tant qu'elle a jugé de la capacité de travail de l'assuré en se basant uniquement sur l'avis de son service médical et a de la sorte renoncé à procéder à des mesures d'instruction complémentaires indispensables, compte tenu des avis contraires du médecin de l'INSS et de l'orthopède mandaté par la "Landes-versicherungsanstalt Rheinprovinz". Par ailleurs, la documentation médicale produite par l'assuré ne permet également pas de se prononcer dans la présente affaire étant donné que le volet psychiatrique n'est pas établi à satisfaction de droit (avec également prise en compte des atteintes somatiques) et que les praticiens consultés ne justifient pas de façon suffisante la capacité de travail retenue. Il s'impose dès lors, en application de l'art. 61 PA, 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 psychiatre, d'un orthopède/rhumatologue et d'un neurologue. Le cas échéant, et compte tenu de l'évolution de l'état de santé du recourant dans le temps, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective du recourant 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. 10.1**

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA).

### **E. 10.2**

Il convient aussi d'allouer au mandataire du recourant une indemnité globale de dépens de Fr. 1'500.-- (cf. art. 64 al. 1 PA, en relation avec les art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2 selon lequel la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque celle-ci est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire). En l'absence de note de frais, le montant des dépens est fixé en tenant compte de l'ensemble des circonstances, notamment de l'ampleur du travail requis (dossier volumineux qui a dû être complété en partie par le recourant [cf. supra let. B.b, 3ème paragraphe; pce TAF 17 p. 6]; prise de position de l'avocate au stade de la réplique seulement avec dépôt d'un mémoire de 7 pages) et des difficultés juridiques inhérentes à la présente affaire.

### **E. 10.3**

Eu égard à ce qui précède, la demande d'assistance judiciaire complète est devenue sans objet. (dispositif à la page suivante)

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