

BVGer C-1671/2010 vom 13. September 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-09-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1671_2010

FR: TAF C-1671/2010 du 13 septembre 2011

IT: TAF C-1671/2010 del 13 settembre 2011

Regeste

Droit à la rente

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

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans 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. 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, 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 et 52 PA), le recours est recevable.

E. 2

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en

vigueur le 1er janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles en vigueur à compter du 1er janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 s'examine à la lumière des anciennes normes, ce qui motive qu'il y soit fait également référence. Il sied de préciser que le Tribunal de céans ne peut prendre en compte la documentation médicale établie après la décision attaquée que dans la mesure où celle-ci permet une meilleure compréhension des atteintes à la santé antérieures.

E. 3

L'intéressé a déposé sa demande de rente le 21 mai 2007. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 prévoyait que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 21 mai 2006 ou si le droit à une rente était né entre cette dernière date et le 28 janvier 2010, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1b).

E. 4

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: - être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant une année au moins (art. 36 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). A compter du 1er janvier 2008, l'assuré doit toutefois compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI dans sa nouvelle teneur selon la modification du 6 octobre 2006). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 5 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 5.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

E. 5.2

Un 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 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI (art. 29 al. 4 à partir du 1er janvier 2008) - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées

qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

E. 5.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c). Depuis le 1er janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins.

E. 5.4

Selon l'art. 17 LPGGA, 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. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

E. 5.5

En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.301) lequel prévoit à l'al. 1 que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soin découlant de l'invalidité d'un assuré s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable.

E. 5.6

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 de lui 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 du 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

E. 6.1

Le recourant a travaillé en Suisse pendant plusieurs années en dernier lieu comme gypcier. Il n'a apparemment plus travaillé à compter de son accident du 16 mars 2006, toutefois les dernières attestations d'incapacité de travail et le rapport E 213 du 5 janvier 2010 mentionnent la cessation d'une activité lucrative au 30 juillet 2009.

E. 6.2

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI (art. 28a al. 1 LAI à compter du 1er janvier 2008), 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.

E. 6.3

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 7

En l'espèce, il est établi que le recourant souffre d'une épaule droite douloureuse en cas de mouvements et tensions qui ne lui permet qu'une utilisation limitée pour des travaux légers du membre supérieur droit. Eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail déterminante pour le début du droit à la rente.

E. 8.1

L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité 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..

E. 8.2

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 352 consid. 3a et les références).

E. 9

L'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Le Tribunal fédéral a, pour sa part, admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'ATF 126 V 288, avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549). Les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont donc indépendantes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé - qui est propre à l'assurance-accidents (cf. Alfred Maurer / Gustavo Scartazzini / Marc Hürzeler, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3ème éd. Bâle 2009, § 10 n° 39 ss) - n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise.

E. 10.1

En l'espèce, à la suite de l'accident de travail survenu le 17 mars 2006 il fut diagnostiqué une contusion de l'épaule droite et il se révéla par la suite une rupture de la coiffe des rotateurs qui nécessita deux interventions chirurgicales en juin 2006 et 2007. Le Dr C._____ diagnostiqua une nouvelle rupture du tendon sus-épineux le 23 juin 2008 (rapport du 1er juillet 2008) mais ne proposa pas de nouvelle intervention chirurgicale au motif d'une stabilisation de l'épaule et de la nécessité d'un seul traitement conservateur car une intervention ne pouvait améliorer le status de l'épaule. Le 1er septembre 2008 le Dr D._____ de la SUVA partagea cette appréciation notant pour l'intéressé l'impossibilité de reprendre son ancienne activité de gypcier mais la possibilité d'exercer à plein temps une

activité très légère à légère impliquant l'usage du bras droit à l'horizontale et en particulier toutes les activités de contrôle et de surveillance. Cette appréciation médicale n'est pas contredite au dossier, l'intéressé ne souffrant pas d'autres pathologies que celle de son épaule le limitant dans l'usage de son bras droit et plus généralement dans des travaux physiques, si ce n'est un surpoids important qui n'est toutefois en principe pas constitutif d'une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_48/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.3). Le Dr E._____ a dans un rapport du 11 avril 2007 indiqué une capacité de travail de 50% sans utilisation du bras droit notamment dans des activités de surveillance et de bureau. Cette limitation du taux d'activité n'a en soi pas été étayée et dans ses autres rapports médicaux ce médecin n'a plus indiqué de limitation. Dans son rapport du 22 janvier 2008 il n'en indique aucune et dans son rapport du 11 juin 2009 il n'indique une incapacité de travail que pour des activités physiques.

E. 10.2

Il s'ensuit qu'il peut être retenu que l'état de santé de l'intéressé s'est amélioré dans le courant de l'année 2008. Ce dernier présentait en effet un status permettant l'exercice à plein temps d'une activité très légère à légère avec un usage limité du bras droit à l'horizontal notamment de type de contrôle et de surveillance. L'OAI-BS a exposé dans sa réponse du 20 avril 2010 (p. 4) que cette amélioration remontait au 1er juin 2007, date de la dernière opération à l'épaule. Force est toutefois de constater que malgré cette opération et les séances de physiothérapie qui ont suivi (voir ci-dessus partie en fait A.a.), la situation ne s'est pas améliorée pour autant déjà en 2007. Ainsi, le Dr C._____ dans son rapport du 1er juillet 2008 concernant une visite du 23 juin 2008 a constaté une nouvelle rupture du tendon sus-épineux. Lors de cette visite le Dr C._____ ne s'est pas exprimé sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressé, alors que lors d'une précédente visite du 28 avril 2008 (rapport du 16 mai 2008) il avait encore estimé l'intéressé totalement incapable de travailler. L'amélioration est en revanche constatée pour la première fois par le Dr D._____ dans son expertise du 1er septembre 2008 (visite du même jour) pour le compte de la SUVA. La situation est ensuite restée stable jusqu'à la date de la décision attaquée. L'intervention limitée du Dr F._____ du 31 juillet 2009 a consisté en une simple résection de l'articulation acromio-claviculaire et n'a pu justifier selon le service médical de l'OAI-BS qu'une interruption de travail de 2 mois au plus. Aucune complication rapportée au dossier permet de mettre en doute cette appréciation. Lors de l'examen du 29 septembre 2009, soit un peu moins de deux mois après l'intervention chirurgicale, le médecin de la SUVA ne constata aucune péjoration de l'état de santé de l'intéressé, sa capacité de travail ayant été jugée inchangée par rapport aux constatations retenues le 1er septembre 2008. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans retient que l'intéressé à partir du 1er septembre 2008 était en mesure de reprendre à 100% une activité adaptée à son état de santé.

E. 11.1

Selon l'art. 16 LPGA, 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.

E. 11.2

Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché

équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles. L'important dans l'évaluation de l'invalidité est que les deux termes de la comparaison, à savoir revenu sans invalidité et revenu d'invalidité, soient équivalents, c'est à dire qu'ils se rapportent à un même marché du travail et à une même année de référence (ATF 110 V 273 consid. 4d; arrêt du Tribunal fédéral I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalidité de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

E. 11.3

En l'espèce, pour ce qui est de l'activité lucrative, il y a lieu de prendre en compte le salaire que l'intéressé réalisait avant son atteinte à la santé indexé 2007. En effet, selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être pris en compte / indexés jusqu'à la date de la survenance du droit éventuel à la rente, c'est-à-dire lorsque les conditions de santé peuvent être considérées comme stabilisées (ATF 128 V 174 et 129 V 222). L'OAI-BS, respectivement l'OAIE, a retenu comme base de comparaison sans invalidité un revenu indexé pour l'année 2007 de Fr. 63'282.- établi sur la moyenne des années 2003-2005 selon les informations reçues de l'employeur. Ce mode de faire est favorable à l'assuré du fait d'un revenu en 2003 plus élevé que les années 2004 et 2005.

E. 11.4

Le salaire après invalidité est généralement fixé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (Table TA1). En l'espèce l'OAI-BS, respectivement l'OAIE, a retenu le revenu médian pour des activités simples et répétitives de niveau 4 dans le secteur privé pour l'année 2006 (TA 1) de Fr. 4'732.- par mois pour 40 h./sem. et de Fr. 4'933.11 pour 41.7 h./sem. selon l'horaire moyen hebdomadaire toutes branches confondues, soit Fr. 59'197.32 par année et pour 2007 (+1.6) Fr. 60'174 [recte: 60'144.47] sous déduction de 15% pour circonstances personnelles liées aux activités légères, soit Fr. 51'148.- [recte: Fr. 51'123.-]. Or il s'ensuit de la comparaison une perte de revenu de 18% $([62'282 - 51'123] : 62'282 \times 100 = 17.91\%)$, taux inférieur au taux seuil de 40% ouvrant le droit à un quart de rente.

E. 11.5

Il appert en conséquence, vu le caractère évolutif de l'atteinte à la santé touchant l'intéressé (RCC 1984 p. 137 consid. 3), que la rente devrait être supprimée trois mois après l'amélioration constatée le 1er septembre 2008 en application de l'art. 88a al. 1 RAI. À ce propos, il convient de préciser que la rente est en principe supprimée ou réduite le premier du mois qui suit la période de 3 mois et non le premier du mois pendant lequel la période de 3 mois est atteinte (arrêt du TAF C-6733/2008 du 22 février 2010 consid. 5.2). En l'espèce,

la suppression ne peut donc intervenir que le 31 décembre 2008 au plus tôt. Le recours doit par conséquent être partiellement admis et la décision du 28 janvier 2010 réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1er mars 2007 au 31 décembre 2008. Pour le surplus, le recours doit être rejeté.

E. 12

Courant 2011 l'intéressé a fait connaître à l'autorité inférieure et au Tribunal de céans une détérioration de son état de santé. La documentation médicale y relative ne peut être prise en compte dans le cadre de cette procédure (cf. consid. 2 supra). Cas échéant, dans la mesure d'une atteinte durable à sa santé et capacité de travail, il appartient à l'intéressé de faire valoir auprès de l'administration son état de santé péjoré dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.

E. 13.1

En règle générale, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe. Si celle-ci n'est déboutée que partiellement, ces frais sont réduits (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Vu le sort du litige, le recourant devra s'acquitter d'un montant réduit de Fr. 200.-. Ce montant est compensé par l'avance de frais de Fr. 300.- déjà fournie, le solde de Fr. 100.- lui est restitué.

E. 13.2

Vu l'issue du litige, il est alloué une indemnité de dépens réduite de Fr. 200.- à charge de l'autorité inférieure (art. 7 al. 2 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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