

BVGer C-4398/2014 vom 26. November 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-11-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4398_2014

FR: TAF C-4398/2014 du 26 novembre 2015

IT: TAF C-4398/2014 del 26 novembre 2015

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 3 let. dbis PA en relation avec les art. 37 LTAF, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

E. 1.3

Le requérant a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

E. 1.4

Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance de frais de procédure ayant été dûment acquittée (cf. art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

E. 2

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, *Introduction à la procédure administrative fédérale*, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2ème édition 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 3.1

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 139 V 297 consid. 2.1, 130 V 445 consid. 1.2.1). En l'occurrence, sont ainsi déterminantes les dispositions légales en vigueur depuis le 1er juillet 2010 (dépôt de la demande de prestations selon le formulaire E 204 du 17 octobre 2013 [AI pce 24 p. 7]) et le 14 juillet 2014 (date de la décision attaquée).

E. 3.2

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est ressortissant français et a été assuré en Suisse ainsi qu'en France pendant plusieurs années. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1er juin 2002 (cf. ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa).

E. 3.3

Jusqu'au 31 mars 2012, les parties contractantes appliquaient entre elles le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1, RO 2004 121 ; ci-après règlement n° 1408/71). Une décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II ALCP avec effet au 1er avril 2012 en prévoyant, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1; ci-après : règlement n° 883/2004). Le règlement n° 883/2004 - qui a donc remplacé le règlement n° 1408/71 - n'ouvre toutefois aucun droit pour la période antérieure à la date de son application (ATF 140 V 98 consid. 5.1; 138 V 392 consid. 4.1.3). En l'occurrence, compte tenu de la période litigieuse (cf. consid. 3.1 ci-dessus), le litige doit être tranché sous l'angle des deux règlements précités (cf. ATF 140 V 98 consid. 5.1).

E. 3.4

Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP et de ses règlements le 1er juin 2002, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus. Dans le cas concret il s'agit de la Convention de sécurité sociale conclue le 3 juillet 1975 entre la Confédération suisse et la République française (entrée en vigueur par échange de lettres le 1er novembre 1976; RS 0.831.109.349.1; ci-après : Convention franco-suisse). Cela étant, dans le cas où - comme en l'espèce - l'assuré a exercé son droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, les conventions bilatérales de sécurité sociale plus favorables continuent à s'appliquer (ATF 133 V 329 consid. 5 ss; cf. art. 20 ALCP et art. 6 du règlement n° 1408/71, respectivement art. 8 al. 1 du règlement n° 833/2004 qui tient compte de la jurisprudence Cour de Justice de l'Union européenne [Heinz-Dietrich Steinmeyer, *Europäisches Sozialrecht*, 6ème édition 2012, art. 8 ch. 5] à la base des considérants du Tribunal fédéral dans les ATF 133 V 329 consid. 5 ss

cités).

E. 3.5

Par ailleurs, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions de l'octroi d'une rente d'invalidité suisse restent déterminées, comme sous le régime de la Convention franco-suisse, exclusivement d'après le droit suisse (cf. art. 40 al. 4 du règlement n° 1408/71 et art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1).

E. 4.1

En l'espèce est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité suisse. Le Tribunal de céans relève que conformément à l'art. 6 al. 2 LAI en relation avec l'art. 3 al. 2 de la Convention franco-suisse, applicable sous le régime du règlement n° 1408/71 comme convention bilatérale de sécurité sociale plus favorable (cf. consid. 3.4 ci-dessus), respectivement, depuis le 1er avril 2012, en vertu de l'art. 4 du règlement n° 883/2004, une éventuelle rente d'invalidité pourrait être versée au recourant même si celui-ci est domicilié en Tunisie ce qui semble résulter de la note téléphonique du 1er septembre 2014 (AI pce 75). En effet, l'art. 3 de la Convention franco-suisse (contrairement à l'art. 3 al. 1 du règlement n° 1408/71) et l'art. 4 du règlement n° 883/2004 prescrivent l'égalité de traitement des ressortissants suisses et français même si ceux-ci ne résident pas sur le territoire de l'une des parties contractantes.

E. 4.2

D'autre part, le TAF tient à remarquer que le présent litige ne porte pas sur des éventuelles mesures thérapeutiques et qu'il ne pourra donner suite à la demande du recourant visant à se faire soigner en Suisse (cf. cependant courrier du 26 novembre 2015 à l'assurance-accident compétent, à savoir à la SUVA à la Chaux-de-Fonds).

E. 5

Pour avoir droit à une rente d'invalidité, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes : - être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA et art. 4 et 28 LAI) et - compter trois années de cotisation (art. 36 al. 1 LAI), dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membre de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065). En l'occurrence, l'assuré remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations, ayant cotisé en Suisse pendant plus de 3 ans (38 mois ; cf. l'extrait du compte individuel du 28 mai 1999 [AI pce 2]) et présentant, de plus, plusieurs années de périodes d'assurances en France (cf. l'attestation E 205 du 17 octobre 2013 [AI pce 23]). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la loi suisse.

E. 6.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : - 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, - elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, - au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins.

E. 6.2

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 (cf. art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de gain que l'assuré subit, sur un marché du travail équilibré, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). En Suisse, la notion d'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité que celle exercée auparavant (cf. art. 6 LPGA).

E. 6.3

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité. Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé. A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

E. 6.4

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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. 2 LAI). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne s'ils ont leur domicile ou leur résidence habituelle sur le sol de l'un d'eux (cf. art. 10 al. 1 du règlement n° 1408/71 [ATV 130 V 253 consid. 2.3] et art. 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

E. 6.5

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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.

E. 7.1

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 255). Pour établir les faits pertinents, l'administration ne peut donc pas se contenter d'attendre que l'assuré lui demande d'instruire ou lui fournisse de lui-même les preuves adéquates bien que celui-ci doive collaborer à l'établissement des faits (cf. art. 43 al. 3 LPGA et art. 13 PA). Il appartient à l'autorité compétente d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi (cf. ATF 116 V 23; 114 Ia 114, 127).

E. 7.2

Afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 6.2 ci-dessus), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur 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 (ATF 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 7.3

En vertu de l'art. 12 PA (cf. consid. 2 ci-dessus), le Tribunal 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. Dans le domaine des assurances sociales, le Tribunal fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b ainsi que les références).

E. 8.1

D'un point de vue médical, l'OAIE a basé sa décision sur les prises de position des 5 mars, 10 avril et 1er juillet 2014 de la Dresse G. _____ (AI pces 53, 57 et 68) ainsi que sur celle du Dr K. _____ du 7 juillet 2015 (TAF pce 18 annexe). La Dresse G. _____ a retenu comme diagnostic une cardiopathie ischémique avec infarctus antérieur du myocarde le 24 mars 2008 et angioplastie avec mise en place d'un stent passif sur l'IVA moyenne, une fracture de la jambe gauche, de l'hypercholestérolémie et du tabagisme sévère. Elle estime que seule la cardiopathie a une influence sur la capacité de travail de l'assuré et conclut que celui-ci présente depuis le 24 mars 2008 une incapacité de travail totale dans son activité habituelle lourde mais que, par contre, dans une activité adaptée, ne nécessitant pas d'effort intense et brutal, la capacité de travail est entière depuis le 23 juin 2008 (cf. AI pces 53, 57 et 68). Le Dr K. _____ a confirmé les conclusions de sa consœur (TAF pce 18 annexe).

E. 8.2

Selon la Dresse G. _____, les séquelles de la fracture de la jambe gauche n'ont pas de répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, celui-ci ayant pu travailler depuis l'accident jusqu'à sa mise en invalidité en France en 2010 notamment comme maçon qui est

une activité lourde. Or, le TAF constate que la Dresse G._____ se base sur des indices anciens, antérieurs à la demande de prestations de l'assuré en juillet 2010 (AI pce 24). De surcroît, elle se fonde sur des rapports médicaux lacunaires. En effet, elle le mentionne elle-même, le rapport E213 de la Dresse B._____ du 4 juillet 2013 (AI pce 22) n'indique pas les résultats d'un examen de l'appareil locomoteur et le rapport du Dr L._____ du 23 mai 2014 (AI pce 63) est également incomplet dans la mesure où il ne fait notamment pas état d'un tel examen. En conséquence, la Dresse ne peut rien déduire de ces rapports insuffisants. Le TAF note par ailleurs que l'impotence fonctionnelle avancée par le Dr L._____ déjà a ensuite été confirmée par le Dr J._____, professeur agrégé en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui dans son certificat du 7 avril 2015 fait état d'une diminution de la force musculaire nécessitant l'aménagement obligatoire d'un véhicule à conduire par une boîte à vitesse automatique (TAF pce 13 annexe). Le Dr K._____, qui a simplement confirmé les conclusions de la Dresse G._____, a omis de tenir compte du rapport du Dr J._____. En conclusion, le dossier fait ressortir des indices selon lesquels la dystrophie du membre inférieur gauche de l'assuré provoque des limitations fonctionnelles, pouvant avoir une influence sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Il appartiendra à l'OAIE de compléter le dossier médical et de se déterminer de nouveau à ce sujet.

E. 8.3

La Dresse G._____ n'a pas retenu que l'assuré souffre d'un problème psychiatrique. Elle a écarté le certificat du Dr H._____, estimant que celui-ci manque de cohérence. Or, de nouveau, le TAF ne peut pas suivre les arguments du médecin du SMR. Il ressort notamment du dossier que l'assuré vit souvent en Tunisie - d'après la note téléphonique du 1er septembre 2014 il semble même y avoir son domicile (AI pce 75). Contrairement à ce qu'avance la Dresse G._____, il n'est donc pas incohérent que l'assuré consulte un psychiatre en Tunisie. A tort, elle argue en outre que le Dr H._____ ne mentionne qu'une consultation psychiatrique en 1994 alors que ce médecin informe que l'assuré consulte depuis 1994. S'il est vrai que le rapport du Dr H._____ est très succinct et ne donne que peu d'informations permettant de vérifier sa pertinence, force est de constater qu'il a été établi par un médecin spécialisé en psychiatrie et qu'il fait état d'une dépression sévère ainsi que d'un traitement par antidépresseur et par encadrement psychologique. L'existence d'un trouble psychologique a en outre également été mentionnée par la Dresse B._____, dont la spécialité médicale est inconnue, qui note dans le rapport médical E 213 que l'assuré se plaint d'un état asthéo-dépressif (AI pce 22), ainsi que par le Dr I._____, médecin généraliste, qui dans son rapport du 23 mai 2014 indique des troubles psychologiques anxiodépressifs ainsi que des troubles psychologiques suite à l'aspect esthétique de la jambe gauche (AI pce 63). La Dresse G._____ ne saurait alors tirer aucun argument du fait que la Dresse B._____ ne fait pas état dans son rapport, qui est par ailleurs très succinct, d'un suivi psychiatrique. De même, elle ne peut pas se baser sur les expressions utilisées par l'assuré qui parle de "complications mentales (AI pce 66 p. 1) ou de "complexe" (AI pce 66 p. 2 et TAF pce 1) plutôt que de dépression. Du reste, le TAF doit constater que la Dresse G._____, médecin interniste, ne bénéficie pas de la spécialisation nécessaire pour se prononcer valablement sur un éventuel trouble psychiatrique de l'assuré. Selon la jurisprudence, la qualification du médecin joue un rôle déterminant pour juger du bien-fondé de son avis, cela d'autant plus lorsque l'on se trouve en présence d'une maladie psychique (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_83/2010 du 22 mars 2010 consid. 3.1 et 9C_28/2010 du 12 mars 2010 consid. 4.5). L'avis du Dr K._____ qui ne fait que confirmer les conclusions de sa consœur, ne peut pas non plus être suivi. Partant,

l'instruction de l'OAIE est également lacunaire d'un point de vue psychiatrique.

E. 8.4

A toutes fins utiles, il sied de rappeler que l'assuré ne saurait tirer aucun argument en son faveur du fait qu'il est considéré invalide en France (cf. formulaire E 213 du 4 juillet 2013 [AI pce 22]) ainsi qu'en Tunisie (TAF pce 14 annexe) ; l'OAIE l'a indiqué à juste titre dans sa décision litigieuse (AI pce 71). Le droit du recourant à une rente d'invalidité suisse étant déterminé d'après les dispositions légales suisses (cf. aussi consid. 3.5 ci-dessus).

E. 9

En conclusion, le Tribunal constate que l'état de santé du recourant ainsi que ses répercussions sur sa capacité de travail n'ont pas été établis avec un degré de vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.3 ci-dessus). Il sied donc d'admettre le recours dans la mesure où il est recevable (cf. consid. 4.2 ci-dessus) et d'annuler la décision attaquée. En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'affaire est renvoyée à l'OAIE afin que l'office procède à des instructions complémentaires. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a précisé dans sa jurisprudence que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation de fait qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 cité consid. 3.2 et 3.3). Or en l'espèce, l'Office AI a omis d'instruire sur les problèmes orthopédique et psychiatrique de l'assuré. Il lui appartiendra de compléter l'instruction sur ces points. A toutes fins utiles, il versera également en cause, le dossier de la SUVA. Ensuite, l'OAIE rendra une nouvelle décision, après avoir actualisé la situation de santé de l'assuré ; en effet, l'examen de l'état de santé de l'assuré doit s'étendre jusqu'à la notification de la nouvelle décision (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_288/2010 du 22 décembre 2010 consid. 4.1 et 9C_149/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.4).

E. 10

Il reste à examiner la question des frais de procédure et des dépens.

E. 10.1

En règle générale, les frais de procédure sont à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 PA), a contrario, la partie qui a obtenu gain de cause ne doit en principe pas ces frais (cf. aussi art. 63 al. 3 PA). Selon la jurisprudence, un recourant est réputé avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Ainsi, en l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure de la part du recourant (art. 63 al. 1 et 2 PA), de sorte que l'avance de frais de 400 francs versée par celui-ci lui sera remboursée une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est par ailleurs mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA). Partant, il n'est pas perçu de frais de procédure.

E. 10.2

Le recourant ayant agi sans être représenté par un mandataire professionnel et n'ayant pas dû supporter de frais relativement élevés, il n'est pas alloué de dépens (cf. 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 dispositif se trouve à la page

suiivante.

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