

BVGer C-5021/2008 vom 19. März 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-03-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5021_2008

FR: TAF C-5021/2008 du 19 mars 2010

IT: TAF C-5021/2008 del 19 marzo 2010

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

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), 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

Conformément à 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. 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. 2.1

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) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, 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), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71

(RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 2.2

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

E. 3.1

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.

E. 3.2

En l'occurrence, par décision du 18 mai 2006 (pce 23) confirmée par décision sur opposition du 28 août 2007 (pce 28), l'administration n'est pas entrée en matière sur la demande de prestations de l'assurance-invalidité du recourant déposée en date du 27 septembre 2004 (pce 4 p. 4) au motif que celui-ci n'avait pas donné suite à son devoir d'informer (cf. supra let. D). Par acte daté du 12 juin 2006 (pce 27), l'assuré a ensuite produit de la documentation nouvelle. Quoiqu'en dise le recourant, il convient de considérer ce dernier écrit comme une nouvelle demande de prestation, comme l'a fait l'administration (cf. pce 44 [décision entreprise se référant à une demande du 12 juin 2006]). En effet, la procédure concernant la demande de prestation déposée le 27 septembre 2004 a été liquidée par une décision de non entrée en matière ayant acquis force de chose jugée. Le recourant ne saurait ainsi tirer aucun avantage des actes effectués avant son écriture du 12 juin 2006. Cela a notamment les conséquences suivantes: En ce qui concerne la prescription, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit, en dérogation à l'art. 24 LPGA, 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. Dans la présente affaire, le Tribunal peut donc se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 12 juin 2005 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 20 juin 2008, 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. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b; voire par ailleurs le considérant 9.1 in fine du présent arrêt). En outre, sur le plan intertemporel, 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). 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 la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, étant précisé que, pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application des nouvelles dispositions de la 5ème révision de la LAI pour la période du 1er janvier au 20 juin 2008, date de la décision attaquée, ne serait pas plus favorable au recourant (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1224/2008 du 28 janvier 2010 consid. 2.2). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

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); compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total (pce 7) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide.

E. 5.1

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 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.

E. 5.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI 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. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1ter LAI). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

E. 5.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, in casu ressortissant de l'Union européenne, présente une incapacité durable de 40% au moins 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).

E. 5.4

Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b 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).

E. 6.1

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y pas lieu de poser des exigences excessives quant aux possibilités des assurés de trouver un emploi correspondant aux activités de substitution proposées. Il suffit en principe qu'une telle place de travail n'apparaisse pas à toute évidence comme exclue (arrêts du tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C_236/2008 du 4 août 2008).

E. 6.2

Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). 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; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

E. 7.1

Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1; ATF 125 V 193 consid. 2).

E. 7.2

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration (art. 43 LPGA). La portée de cette maxime est déterminée par les exigences susmentionnées concernant l'appréciation des preuves. Elle a pour conséquence que l'administration prendra d'office toute mesure nécessaire à établir un dossier de la cause complet permettant d'établir les faits pertinents conformément au degré de vraisemblance prépondérante (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème édition, Zurich Bâle Genève 2009, art. 43 n° 12, 17 et 30). Dans cette optique, l'autorité procédera à une instruction complémentaire, lorsque celle-ci apparaît être suffisamment justifiée au vu des allégations des parties ou d'autres éléments

ressortant du dossier (ATF 117 V 282 consid. 4a).

E. 8.1

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. 8.2

La jurisprudence a 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 judiciaire, 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 consid. 3b/aa; 118 V 286 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). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. 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). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 9

Est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité, soit le point de savoir s'il présente un taux d'invalidité suffisant pour avoir droit à une rente.

E. 9.1

Il appert du rapport médical E 213 daté du 11 novembre 2004 que l'assuré présente notamment une dermatite atopique, une vasculite des vaisseaux de calibre petit et moyen,

des lombalgies chroniques et une obésité (pce 38 p. 8 n° 7). Il s'agit d'un statut labile. Or, à défaut d'un état de santé stabilisé, la lettre a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la lettre b de cette disposition légale prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente. Dans ce contexte, on relève que le recourant n'indique pas, dans ses conclusions, à partir de quel moment il estime avoir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il signale toutefois qu'il n'aurait plus été en mesure de travailler pour des raisons de santé du 20 octobre 2003 au 10 mai 2006 (pce 11 p. 2; voire également pce 4 p. 2 n° 7.1). Après avoir repris une activité lucrative à plein temps du 11 mai 2006 au 17 janvier 2008, il se serait à nouveau retrouvé en incapacité de travail totale en raison des mêmes affections à partir du 18 janvier 2008 (pce 30). Il ressort de ces indications qu'un éventuel droit à la rente aurait pu naître en l'espèce au plus tôt le 20 octobre 2004, soit après le délai d'attente précité d'une année. Pour les raisons mentionnées au considérant 3.2 du présent arrêt, le Tribunal de céans doit toutefois se limiter à déterminer si le recourant avait droit à une rente d'invalidité pour la période courant du 12 juin 2005 au 20 juin 2008, étant précisé que, comme exposé ci-après, aucun élément au dossier ne permet de conclure à un droit du recourant à des prestations même pour la période courant du 20 octobre 2004 au 11 juin 2005.

E. 9.2

Il convient ensuite d'examiner dans quelle mesure, sur le plan médical, l'exercice d'une activité lucrative est exigible de la part de l'assuré.

E. 9.2.1

A titre liminaire, il sied de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et références citées ; ATF 115 V 38 consid. 3d). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

E. 9.2.2

Dans son préavis du 9 décembre 2008 (pce TAF 9), l'administration retient que la profession de menuisier est exigible de la part du recourant à 100%, en se fondant essentiellement sur l'avis de le Dresse E._____, de son service médical (cf. supra let. E.c; rapport du 21 avril 2008 [pce 41]). Cette appréciation est corroborée par le rapport médical E 213 du 11 novembre 2004. Ainsi, la Dresse F._____ estime que l'assuré est à même d'accomplir une activité mi-lourde (pce 38 p. 8 n° 9) et qu'il peut exercer sa profession de menuisier à plein temps en évitant les activités requérant des surcharges lombaires intenses et continues (pce 38 p. 8 n°8 et p. 10). Par ailleurs, force est de constater que les autres rapports médicaux versés au dossier ne contiennent aucun élément susceptible de remettre en cause cette appréciation (cf. pces 13-16 et 37). Certes, on remarque que les rapports médicaux des 28 août 2002, 25 octobre 2002, 16 octobre 2003 et 11 mars 2004 mentionnés dans le mémoire de recours du recourant du 29 juillet 2008 (pce TAF 1) n'ont pas été versés au dossier. Par ailleurs, aucun rapport médical concernant les résultats d'un EMG ne figure aux actes de la cause (cf. à ce sujet supra let. D.d). Ceci ne saurait toutefois rendre un

complément d'instruction nécessaire. En effet, d'une part, les documents cités par l'assuré sont anciens, étant précisé qu'ils sont tous antérieurs au rapport E 213 du 11 novembre 2004. D'autre part, par acte du 20 décembre 2007 (pce 29), l'autorité inférieure a invité le recourant à produire tous les documents en sa possession, à savoir "rapports médicaux, protocoles hospitaliers, examens de laboratoire, ECG, etc.". Par ordonnance du 16 décembre 2008 (pce TAF 10), le Tribunal de céans a également envoyé à l'assuré pour connaissance la prise de position de la Dresse E. _____ du 21 avril 2008 (pce 41), de laquelle il ressort clairement que les résultats de l'EMG dont la mise en oeuvre avait été en son temps conseillée ne figuraient toujours pas au dossier mais qu'ils n'étaient plus nécessaires pour l'évaluation du cas au vu de l'ensemble des circonstances. Malgré ces actes de procédure, le recourant n'a jamais produit la documentation médicale précitée. Dans ce contexte, on rappelle que le principe inquisitoire, qui régit la procédure notamment dans le domaine des assurances sociales, n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (voir art. 28 al. 2 et 31 al. 1 LPGA; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; ATF 130 I 183 consid. 3.2; arrêts du Tribunal fédéral I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 4.2 et 9C_395/2008 du 9 octobre 2008 consid. 5.2). De surcroît, il ressort des actes de la cause que le recourant a travaillé du 11 mai 2006 au 17 janvier 2008 dans une entreprise de menuiserie sans absence pour raison de santé pendant cette période (pce 35 p. 2 n° 9), ce qui confirme également de façon claire l'exigibilité d'une activité dans la profession habituelle. En particulier, on observe que, selon les indications du dernier employeur, il s'agissait d'un travail mi-lourd avec exposition au bruit, à la poussière et aux vapeurs (pce 35 p. 1 n° 3b), à savoir une activité étant en tout point conforme aux limites fonctionnelles mentionnées par la Dresse F. _____ dans le rapport E 213 susmentionné. Pour le surplus, on note que le recourant ne fait aucunement valoir une aggravation de son état de santé à partir du 17 janvier 2008 pour justifier de son invalidité. Bien plus, dans son mémoire de recours du 29 juillet 2008 (pce TAF 1), il se réfère à des rapports médicaux anciens, tous antérieurs au rapport E 213 précité du 11 novembre 2004. L'ensemble de ces éléments est ainsi de nature à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le métier de menuisier est encore exigible de la part du recourant dans une mesure excluant le droit à une rente. Dans ces circonstances, le Tribunal de céans ne peut que se rallier à l'opinion de l'administration, étant précisé que les données médicales présentes au dossier sont suffisantes pour se forger une conviction quant à l'issue de la présente affaire. Par ailleurs, il n'est pas nécessaire d'effectuer une comparaison des revenus, étant donné que le recourant peut encore exercer sa précédente activité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_130/2007 du 30 octobre 2007 consid. 3.2).

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, il appert ainsi que le recourant ne présente pas une incapacité de gain ouvrant un droit à des prestations de l'assurance-invalidité. C'est donc à juste titre que l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assuré et le recours contre cette décision doit être rejeté.

E. 11

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant fournie par le recourant. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF).

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