

# **BVGer C-5300/2009 vom 29. Oktober 2010**

Bundesverwaltungsgericht, 2010-10-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5300\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5300_2009)

FR: TAF C-5300/2009 du 29 octobre 2010

IT: TAF C-5300/2009 del 29 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**

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'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. Par ailleurs, l'art. 20 ALCP dispose que, 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. 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 (cf. dans ce contexte la circulaire AI n° 292 du 10 mai 2010 de de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]).

### **E. 3**

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, en rapport avec 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, dès le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutive à la 5ème révision de la LAI. Compte tenu de la date du dépôt de la demande, à savoir le 7 juin 2002, et du fait que, selon le médecin traitant de l'assurée, l'atteinte à la santé est survenue dès le 9 mai 2002 (pce 13 p. 1 let. B), les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, étant précisé que les dispositions de la 5ème révision de la LAI n'auraient en l'espèce aucune incidence sur le droit à la rente (cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C\_249/2010 du 1er juin 2010 consid. 2.1 et la référence citée; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5552/2008 du 30 août 2010 consid. 3.5).

### **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: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plusieurs années (pce 88) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

### **E. 5**

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. 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. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assurée, in casu ressortissante de l'Union européenne, 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). En l'espèce, la lettre b de cette disposition trouve application.

#### **E. 6**

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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. 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**

Conformément au principe inquisitoire, 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 282). 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, 2ème édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

## **E. 8**

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**

Est litigieux en l'espèce le point de savoir si les affections dont est victime la recourante lui donnent droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'OAIE justifie le rejet de la demande en mettant en avant le manque de collaboration de l'assurée lors de la procédure d'instruction effectuée par l'administration cantonale dans les années 2004 à 2006 et en se basant pour le reste essentiellement sur l'avis de son service médical ainsi que la documentation nouvellement transmise par les institutions de sécurité sociale espagnoles portant sur les années 2008 et 2009.

### **E. 9.1.1**

Selon l'art. 43 al. 2 LPGA, l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et s'ils peuvent être raisonnablement exigés. Sous réserve de circonstances concrètes particulières, les examens d'usage auprès des médecins mandatés par les Offices AI sont considérés de façon générale comme exigibles de la part de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_267/2010 du 24 août 2010 consid. 6). Si celui-ci refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit avoir adressé à l'intéressé une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion (art. 43 al. 3 LPGA). Selon une jurisprudence constante, cet acte a pour conséquence que, en cas d'une éventuelle absence de preuve, les éléments non prouvés doivent être tranchés en défaveur de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral du 14 mai 1997, SVR 1998, UV, p. 1 s.; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_267/2010 du 24 août 2010 consid. 6.4). On relève également que lorsqu'un assuré est partie à une procédure et qu'il doit s'attendre à recevoir des actes de l'administration, il est tenu d'indiquer à l'autorité en cause un éventuel changement de résidence, faute de quoi les actes envoyés à l'ancienne adresse seront considérés comme valablement notifiés (cf. ATF 119 V 89 consid. 4b aa; 130 III 396 consid. 1.2.3; Bernard Maître/Vanessa Thalmann, in: Bernhard Waldmann/Philippe Weissenberger [éd.], Praxiskommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zurich Bâle Genève 2009, p. 440 s. ad art. 20)

### **E. 9.1.2**

En l'occurrence, l'OAI GE a, dans un premier temps, recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée et spécialiste en médecine interne (rapports des 29 juillet 2002 [pces 12-14] et 4 août 2003 [pce 24]). L'administration a soumis cette documentation à l'appréciation du SMR. Dans un rapport du 22 mars 2004, le Dr D.\_\_\_\_\_, après avoir pris contact avec le Dr B.\_\_\_\_\_ qui lui aurait fait part d'une

problématique orthopédique et surtout psychosociale de l'assurée (cf. supra let. A.b), a estimé qu'un complément d'instruction s'avérait nécessaire dans la présente affaire et qu'il convenait de soumettre l'assurée à un examen bidisciplinaire orthopédique/rhumatologique et psychiatrique au SMR. Cet avis n'était pas critiquable dès lors qu'aucun spécialiste en ortho-pédie/rhumatologie ne s'était déjà prononcé sur la capacité de travail de l'assurée, qu'apparemment une problématique psychique se superposait aux problèmes somatiques et que les prises de position du médecin traitant n'étaient pas suffisamment étayées et concluantes. Or, il ressort du dossier que la recourante n'a pas réagi aux convocations de l'administration l'invitant à se présenter au SMR quand bien même elle a été mise en demeure par communication du 10 mars 2005 (cf. supra let. A.c). Par la suite, dans un courrier daté du 24 août 2006 adressé au SMR (pce 38), elle s'est excusée d'avoir laissé les choses comme ça, a signalé à l'autorité qu'elle avait dû quitter la Suisse provisoirement 2 ans auparavant à cause de l'état de santé de son mari et a demandé des renseignements quant à l'état de la procédure AI (cf. également pce 30 [écrit de l'assistance sociale genevoise daté du 11 octobre 2004 duquel il ressort que l'assurée n'a plus donné de nouvelles de sa part depuis mai 2004 et que, selon les informations recueillies, elle devrait vivre en Espagne actuellement). Dans un courrier ultérieur daté du 16 janvier 2008 (pce 42), la recourante a réitéré sa demande d'information en indiquant de façon très vague qu'elle aurait déjà signifié 3 lettres à l'administration pour s'excuser de ne pas avoir donné suite à la convocation au SMR pour examen. Or, force est de constater que seule la lettre précitée de l'assurée du 24 août 2006 figure au dossier et que cet écrit, rédigé comme une première prise de contact avec l'administration après deux ans, ne mentionne à aucun moment que d'autres courriers auraient été envoyés à l'administration pour expliquer les raisons de son silence. Dans ces circonstances, on ne peut que conclure que la recourante est retournée vivre en Espagne en 2004 sans donner suite à la première convocation du SMR datée du 20 juillet 2004 et qu'elle n'a pas communiqué aux organes de l'assurance invalidité sa nouvelle adresse, nonobstant le fait qu'elle était partie à une procédure AI (sur la qualité de partie voire arrêt du Tribunal fédéral 9C\_400/2010 du 9 septembre 2010 consid. 4.2.2) et qu'elle devait s'attendre à recevoir des actes de l'administration y relatifs. Dans ces circonstances, la mise en demeure du 10 mars 2005 (pce 32; cf. supra let. A.c) a été notifiée valablement à l'ancienne adresse de la recourante en Suisse sans que cette dernière puisse se prévaloir d'un motif pertinent pour expliquer son silence pendant plus de deux ans. Il s'ensuit que cet acte déploie ses effets juridiques. Conformément à la jurisprudence exposée ci-dessus (voire consid. 9.1.1) et étant donné que la recourante n'a pas produit de documentation médicale portant sur la période antérieure lors de la reprise de l'instruction par l'OAIE, celle-ci doit donc supporter, pour cette période, la conséquence de l'absence de preuve concernant une incapacité de travail suffisante pour ouvrir le droit à une rente.

## **E. 9.2**

Cela étant, il ressort des déclarations de l'assurée que, avant la survenance du chômage, elle avait travaillé jusqu'en octobre 1997, semble-t-il en tant qu'assistante dans un centre de réfugiés (pces 15; 54 p. 2 n° 4c; 78 p. 2 n° 3.4; 88) et qu'elle se trouvait à la recherche d'un emploi de 2001 à 2004 (cf. supra let. A et pces 78 p 2 n° 3.4; 54 p. 3 n° 8), à savoir au moment de l'apparition de l'atteinte lombaire selon les propos de son médecin traitant (cf. pce 13 p. 1 let. B). Au vu de ces éléments, il n'y a aucune raison de remettre en cause le statut de personne active retenu par l'autorité inférieure dans la décision entreprise, étant par ailleurs précisé que ce point est nullement contesté par la recourante (cf. à ce sujet Kieser, op. cit., art. 8 n° 24). Dans ce contexte, la situation médicale exposée par les différents

médecins s'étant exprimés dans la présente affaire est la suivante. Le Dr E. \_\_\_\_\_, psychiatre, conclut que l'assurée souffre d'un trouble mixte anxio-dépressif (CIM-10 F41.2) sans incidence sur l'accomplissement de n'importe quel type de travail (rapport du 16 mars 2009 [pces 74-75]). Le Dr F. \_\_\_\_\_, traumatologue, fait pour sa part état de signes dégénératifs modérés de la colonne vertébrale (rapport du 26 mars 2009 [pce 77]). En connaissance de ces certificats médicaux, la Dresse G. \_\_\_\_\_, médecin mandaté par les institutions de sécurité sociale espagnoles, a estimé, après un examen de l'assurée effectué en date du 15 avril 2009 (pce 78 p. 2 en-tête [rapport médical E 213 daté du 16 avril 2009]), que les limitations fonctionnelles de cette dernière étaient modérées à faibles et qu'elle pouvait donc exercer un travail mi-lourd sans restriction particulière (pce 78 p. 8-9 n° 9 s.). Elle en a déduit que la recourante était à même de travailler à temps complet dans ses anciennes activités (cf. pce 78 p. 2 n° 3.4 et p. 10 n° 11.4) et que tout autre travail adapté, de préférence une activité sédentaire sans surcharge émotionnelle, était exigible de sa part à 100 % (pce 78 p. 10 n° 11.5). Force est de constater que le rapport médical E 213 précité satisfait à tous les critères jurisprudentiels en la matière (cf. supra consid. 8), qu'il est corroboré par les prises de position ultérieures du service médical de l'OAIE (cf. rapports des 12 juin 2009 [pce 84] et 24 février 2010 [pce 90]) et qu'il n'est remis en cause par aucun autre document médical versé au dossier (cf. supra let. B.b et D), étant précisé que les certificats médicaux établis par le Dr B. \_\_\_\_\_, outre le fait qu'ils sont anciens, ne sauraient revêtir une valeur probante quelconque dès lors qu'ils s'expriment de façon très vague et peu concluante sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle de l'assurée (cf notamment pces 12 n° 1.2; 14 let. e; 24 p. 1 n° 1 et p. 2 n° 11; voire aussi rapport du service médical de l'OAIE du 22 mars 2004 [pce 25]). Dans ces circonstances, le Tribunal de céans ne peut que conclure que les affections dont est atteinte l'assurée n'ont manifestement pas d'incidence significative sur sa capacité de travail et, de ce fait, ne peuvent justifier à aucun titre l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. A titre superfétatoire, on note que même si - contrairement aux conclusions unanimes et convaincantes des médecins s'étant prononcés récemment sur la capacité de travail de l'assurée - on devait retenir comme exigible pour la recourante uniquement une activité adaptée sédentaire exercée à plein temps, la comparaison des revenus effectuée à ce titre dans le sens de l'art. 16 LPGA ne pourrait manifestement pas donner lieu à un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente et ce même si, dans le calcul du salaire invalide, l'on appliquait un abattement maximal de 25% pour tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la recourante (taux d'abattement qui, par ailleurs, ne se justifierait en aucun cas en l'espèce). En effet, les professions exercées par l'assurée avant la survenance des problèmes de santé en mai 2002 n'étaient ni qualifiées ni beaucoup mieux rétribuées (cf. à ce sujet pce 88, voir aussi pce 54 où l'assurée fait part d'un salaire brut de Fr 4'129.20 par mois) que les salaires moyens réalisés dans les secteurs correspondant aux dernières activités accomplies par la recourante avant l'atteinte à la santé selon les données fournies par l'enquête de l'Office fédéral de la statistique portant sur la structure des salaires suisses (ESS), tablette TA1, revenus des salariées. Il s'ensuit que la comparaison entre le salaire de valide (avec les éventuelles adaptations qui s'imposeraient) et le salaire d'invalide (selon la tablette TA1, niveau de qualification 4, valeur moyenne toute profession confondue dans la catégorie des salariées) pour une même année n'aurait pu comporter un degré d'invalidité égal ou supérieur à 40%.

Il convient finalement de rappeler que, selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander si, d'un point de vue strictement médical, il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_70/2010 du 9 août 2010 consid. 5.3). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois très difficile la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008 consid. 3.4 et 9C\_236/2008 du 4 août 2008 consid. 4.2).

#### **E. 11**

Eu égard à ce qui précède, il appert que la décision entreprise, basée sur un dossier suffisamment instruit (cf. supra consid. 7), doit être confirmée et le recours rejeté. Celui-ci étant manifestement infondé, il convient de statuer sur le présent litige dans une procédure à juge unique (art. 69 al. 2 LAI; art. 85bis de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]).

#### **E. 12**

Compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret, le Tribunal de céans renonce exceptionnellement à percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 dernière phrase PA; art. 6 let. b du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Par conséquent, la demande implicite d'assistance judiciaire partielle (art. 65 al. 1 PA) est sans objet.

#### **E. 13**

Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF). (dispositif à la page suivante)

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